

Année 1962

N°

815

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

F A R G E Jean

né le 3.2.1920 à St-Laurent des Vignes (Dordogne)

Certificat d'Etudes spéciales de Neuropsychiatrie
Certificats d'études supérieures de psycho-physiologie
générale et de psycho-physiologie comparée
Licencié -ès-lettres ; Diplômé d'études supérieures

Présentée et soutenue publiquement

le

CONTRIBUTION A UNE ETUDE PSYCHOSOMATIQUE
DES ALGIES VERTEBRALES ET D'UNE PATHOLOGIE FONCTIONNELLE
du RACHIS

Président : M. J. DELAY, Professeur

+

+

+

1892

— 3 —

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

F A R G E Jean

né le 3.2.1920 à St-Laurent des Vignes (Dordogne)

Certificat d'Etudes spéciales de Neuropsychiatrie

Certificats d'études supérieures de psycho-physiologie

générale et de psycho-physiologie comparée

Licencié -ès-lettres ; Diplômé d'études supérieures

Présentée et soutenue publiquement

le

CONTRIBUTION A UNE ETUDE PSYCHOSOMATIQUE

DES ALGIES VERTEBRALES ET D'UNE PATHOLOGIE FONCTIONNELLE:

du RACHIS

Président : M. J. DELAY, Professeur

+

+

+



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.),
BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.),
DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD
(R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY -
SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR
(H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.)
PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.),
RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.)

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
1er ASSESSEUR : Jean Verne
2me ASSESSEUR : Gaston Cordier

I.- PROFESSEURS

1°) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.-F.)
	(SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N.....
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESCILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et Virologie) ..	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)

.../...

Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.)
Physiologie et pathologie obstétricale	(HARGETON (D.)
Physique médicale	LEPAGE (F.)
	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	OJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expé- rimentale	DESGREZ (H.)
	N.....
Thérapeutique	CONTE (M.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.)
	(POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	LORTAT-JACOB
(Beaujon	(J.-L.)
(Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	(Pitié
	CORDIER (G.)
	(Saint-Antoine.....
	GOSSET (J.)
	(Salpêtrière
	SICARD (A.)
	(Tenon
	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE
	(R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	GAUDART d'ALLAI-
	NES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)

Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ;;;;	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux -Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
Cliniques médicales (Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Lariboisière	SEZE (S. de)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeu- tique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obsté- (Baudelocque)	LACOMME (M.)
tricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de Pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique médicale (Cochin)	BROUET (G.)

Clinique stomatologique (Pitié).....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales ...	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b)- Professeurs à titre personnel : MM.

	(BOUR (H.)
Médecine	(LHERMITTE (F.)
	(PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGÉS
ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

	(CABROL (C.)
	(COUINAUD (C.)
Anatomie	(GILLOT (C.)
	(OLIVIER (G.)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P.)
	(Pr. s. ch.
	(ABELANET (R.)
	(BUSSE (F.)
	(CHOMETTE (G.)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch.)
	(M. conf.
	(NEZELOFF (Ch.)
	(ORCEL (L.)
	(PAILLAS (J.)
	(KERN (E.)
Anesthésiologie	(VOURC'H (G.)
	(BARBIER (P.)
	(CHRISTOL (D.)
Bactériologie	(LE MINOR (L.)
	(TOURNIER (P.)

.../...

MM.

	(BAULIEU (Et.)
	(M. de Conf.
	(BOURILLON (R.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.)
	(DREYFUS (J.-Cl.)
	(GONNARD (P.)
	(KRUH (J.)
	(JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)
	(BOIRON (M.)
Carcinologie	(DENOIX (P.)
	(MATHE (G.)
	(SELIGMANN (M.)
Dermato-syphiligraphie	(CIVATTE (J.)
	(DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
	(BESSIS (M.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER
	(G.)
	(DAUSSET (J.)
	(DUHAMEL (G.)
	(COUJARD (R.) Pr.
	(s. ch.
Histologie	(MAROIS (M.)
	(RACADOT (J.)
Hydrologie	(BESANÇON (F.)
	(CORNET (A.)
	(BOYER (J.), Fr. s.
	(ch.
Hygiène	(BLANCHER (G.)
	(CORRE-HURST (Mme L.)
	(SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.)
	(DUPONT (V.)
	(DEROBERT (L.) Pr.
	(s. ch.
Médecine légale	(FOURNIER (E.)
	(GUENIOT (M.)
	(HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)

.../...

	(GRANJON (A.)
	(HERVET (E.)
	(LE LORIER (G.)
	(LEVY (J.)
Obstétrique	(MORIN (P.)
	(MUSSET (R.)
	(ROBESY (M.)
	(SENEZE (J.)
	(SUREAU (C.)
	(THOYER-ROZAT (J.)
	(BREGEAT (P.)
Ophthalmologie	(DUBOIS (A.)
	(SARAUX (H.)
	(JUDET (R.)
Orthopédie	(MEARY (R.)
	(POSTEL (M.)
	(RAMADIER (J.)
	(DEBAIN (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(PIALOUX (P.)
	(GOLVAN (Y.)
Parasitologie	(LAPIERRE (J.)
	(BARCAT (J.)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J.)
	(CERBONNET (G.)
	(CHATELIN (C.-L.)
	(DUBOST (Ch.)
	(FAUREL (J.)
	(FLABEAU (F.)
	(GARBAY (M.)
	(GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale	(GAUDART d'ALLAINES
	((Cl. de)
	(GERMAIN (A.)
	(LATASTE (J.)
	(LEVEQUE (B.)
	(LOYGUE (J.)
	(MERCADIER (M.)
	(NATALI (J.)
	(PELLERIN (D.)
	(PERRON (J.)
	(ROBERT (H.)
	(THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)

MM.

	(BENHAMOU (J.F.)
	(BERTHAUX (P.)
	(BOIVIN(P.)
	(CROSNIER (J.)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L.)
	(LOEPER (J.)
	(MAURICE (J.)
	(MIKOL (Cl.)
	(RICHT (G.)
	(AUSSANNAIRE (M.)
	(BOUVIER (J.)
	(BOUVRAIN (Y.)
	(BRICAIRE (H.)
	(BRISSAUD (H.)
	(BROCARD (H.)
	(BUGE (A.)
	(CATINAT (J.)
	(CHRETIEN (J.)
	(COBLENTZ (B.)
	(CONTAMIN (F.)
Pathologie médicale	(CORY (C.)
	(ETIENNE (J.-P.)
	(FREZAL (J.)
	(FRITTEL (D.)
	(HENNEQUET (A.)
	(HIMBERT (J.)
	(HOUSSET (E.)
	(LAROCHE (Cl.)
	(LESOBRE (R.)
	(MACREZ (C.)
	(MOREAU (L.)
	(NICK (J.)
	(ROYER (P.)
	(TOURNEUR (R.)
	(WOLFROMM (R.)
	(JOSEPH (R.)
	(LAFOURCADE (J.)
	(LEPERCQ (G.)
	(MANDE (R.)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P.)
	(POLONOVSKI (C.)
	(ROSSIER (A.)
	(VIALATTE (J.)
	(BOISSIER (J.)
Pharmacologie	(LECHAT (P.)

.../...

MM.

	(BARRES (G.)
	(DEJOURS (P.)
	(DURAND (J.)
Physiologie	(GIRARD, M. conf.
	(HUGELIN (A.)
	(SCHERRER (J.)
	(CHANTEUR (J.)
	(GOUGEROT (L.)
	(M. conf.
	(Pr. s. ch.
Physique médicale	(GREMY (F.) M. conf.
	(MILHAUD (G.)
	(PELLERIN (P.)
	(ROUCAYROL (J.-Cl.)
	(TUBIANA (M.) M. conf.
	(KREIS (B.)
Pneumo-phthisiologie	(MEYER (A.)
	(RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
	(DENIKER (P.)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D.)
	(FLAVIGNY (H.)
	(LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	(CERNEA (P.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(M. conf. agr.
	(GRELLET (M.)
	(CHASSAGNE (P.)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M.)
	(MARCHE (J.)
	(AUVERT (J.)
Urologie	(MOULONGUET (A.)
	(QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGÉS
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Anatomie DEBEYRE (J.)

.../...

MM.

Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P.)
	(AMELINE (A.)
	(Pr. s. ch.
	(VERNE (J.-M.)
	(PERRAULT (M.)
Clinique médicale	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (S.)
	(GRASSET (J.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.)
	(DESVIGNES (F.)
Clinique ophtalmologique	(OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture ...	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique.....	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DÉTACHÉS ,
DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.)
	Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.)
	Pr. s. ch.

V.- CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE
ET UNIVERSITAIRE

MM.

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la	
médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)

.../...

Bibliothécaires Mmes (CONTET (J.)
(FORGET (F.)
Melles LAURENT (H.)
(LE NOIR (G.)
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798 ,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dis-
sertations qui lui seront présentées doivent être con-
sidérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en-
tend leur donner aucune approbation ni improbation.

+

+

+

AU PROFESSEUR Jean DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique
des Maladies mentales,

Membre de l'Académie de Médecine,

Membre de l'Académie Française,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Docteur ès-lettres,

Directeur de l'Institut de Psychologie,

qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
ma thèse.

AU PROFESSEUR L. MICHAUX

Professeur de la chaire de Clinique
de Neuro-psychiatrie infantile

dont j'ai suivi l'enseignement
et qui m'a permis de travailler
sous sa bienveillante autorité.

Ma gratitude et mon profond
respect.

AU PROFESSEUR AGRÈGE PICHOT

qui m'a prodigué son enseignement
et ses conseils avec une grande
amabilité.

Ma reconnaissance et mon
respectueux attachement.

AU DOCTEUR FISCHGOLD

Electro-radiologiste des Hôpitaux

J'ai travaillé deux ans dans son
Laboratoire d'Electro-encéphalo-
graphie à la Pitié. Il m'a initié
à cette discipline et je lui en
garde ma fidèle reconnaissance.

AU DOCTEUR GALLOT,

Médecin Chef de l'Infirmierio spéciale
de la Préfecture de Police,
Assistant à La Salpêtrière,

auprès de qui j'ai eu le
plaisir de travailler,

en témoignage de mon amicale
reconnaissance.

AU DOCTEUR TH. LEMPERIERE

Assistante à la clinique des Maladies
mentales et de l'encéphale,

AU DOCTEUR LAGET

Chargé d'enseignement dans la chaire de
neuro-physiologie de la Faculté des Sciences

Assistant d'E E G à l'Hôpital Trousseau,

ma respectueuse gratitude.

Cette étude s'inscrit dans un ensemble de travaux et de recherches effectués au CENTRE DE RHUMATOLOGIE DE LA PITIE où le Docteur LAYANI, Médecin-Chef et Professeur au Collège de Médecine, a eu l'amabilité de nous accueillir et de nous honorer de sa confiance et de sa tutelle.

Sous sa bienveillante autorité, nous avons acquis l'expérience d'une confrontation féconde de deux disciplines, la rhumatologie et la psychiatrie apparemment opposées, mais souvent réunies, comme nous essaierons de le montrer, par le fait de l'unité psychosomatique de l'être malade.

Nous ne saurions traduire en termes assez chaleureux la sincérité de nos remerciements pour ce que notre travail doit à son attention bienveillante, à sa compréhension des conditions matérielles et morales qu'il exige, dans le cadre d'une collaboration d'équipe à laquelle il nous a fait le grand honneur de nous associer.

Les observations personnelles rapportées dans cette étude concernent des malades parmi ceux qui nous sont confiés par les assistants du PAVILLON DE CONSULTATION et font souvent l'objet de confrontations médico-psychologiques, ce qui permet à la fois un contrôle clinique et favorise un esprit de co-éducation réciproque qui ne sont possibles que dans le climat de l'amitié qui règne sous l'autorité libérale du Docteur LAYANI.

Notre voeu serait de ne pas être trop indigne du crédit et de la liberté qu'il nous a accordés par cette modeste contribution à l'activité du CENTRE qu'il dirige

.../...

avec une amabilité qui accroît notre dette de gratitude à son égard.

Nous voudrions associer à l'hommage de notre reconnaissance tous les assistants du CENTRE DE RHUMATOLOGIE DE LA PITIE qui, par la confiance qu'ils nous ont témoignée, nous ont permis d'examiner de nombreux malades et de nous familiariser avec les principaux aspects de la rhumatologie pour mieux en évaluer les incidences psychosomatiques.

Notre gratitude s'adresse particulièrement au Docteur DURUPT, Assistant des Hôpitaux, dont l'intuition psychosomatique du malade de consultation est quasi infallible et dont le dynamisme didactique a été pour nous la source d'un riche enseignement et le plus vif encouragement à persévérer dans nos patientes recherches.

A notre Maître le Docteur LAYANI et à sa famille d'Assistants et Attachés de Consultation qui l'entourent, nous exprimons notre amicale reconnaissance.

+

+

+

I N T R O D U C T I O N

L'usage actuel du terme "psychosomatique" a pris une extension telle qu'il est difficile d'en donner une définition précise, malgré certaines positions doctrinales qui tendent à en restreindre l'application.

"L'avenir de la médecine psychosomatique, écrit WITKOVER (Montréal) s'oriente dans une recherche multidisciplinaire. Mais on peut sérieusement se demander si on pourra encore appliquer en toute rigueur au résultat de cette méthode le terme "psychosomatique".

Au sens large, la médecine psychosomatique est définie comme "cette partie de la médecine qui a pour objet la prise en considération à la fois des mécanismes émotionnels et des mécanismes physiologiques impliqués dans les processus morbides de l'individu en mettant l'accent sur l'action des deux facteurs l'un sur l'autre et sur l'individu considéré comme un tout."

Une telle définition englobe à la fois le retentissement psychologique des maladies somatiques (somatopsychique) et les troubles corporels de cause psychologique.

Stricto sensu, le concept de maladie psychosomatique exclut l'hystérie de conversion pour ne retenir que les effets pathologiques des perturbations affectives sur les organes viscéraux, la musculature lisse et le système végétatif, donnant lieu à ce groupe d'affections encore nommé par les psychanalystes "névroses d'organes" ou "névroses végétatives" (ALEXANDER).

Alors que le symptôme dans l'hystérie de conversion a un sens psychologique et correspond à la satisfaction partielle d'une pulsion, le symptôme psychosomatique est le résultat physique d'une attitude affective inconsciente. Mais, en réalité, le problème est compliqué par le fait que la névrose psychosomatique peut aussi incorporer des équivalents d'affects.

D'ailleurs les Ecoles psychanalytiques qui ont imposé l'interprétation restrictive de maladie psychosomatique tendent à adopter une attitude plus éclectique en admettant la possibilité de transitions entre symptômes de conversion et affections psychomatiques au sens strict du terme, et FLANDERS DUNBAR écrivait naguère " Dans un proche avenir, toute médecine sera psychosomatique par définition".

Tout en réservant un chapitre à part à l'hystérie de conversion, nous ne dissimulons pas l'usage extensif que nous nous faisons nous-mêmes de ce terme, et c'est pourquoi nous parlons de cénestopathies, de psychalgies, de troubles fonctionnels.

D'ailleurs, si la notion de psychosomatisme devait être réservée à la dénomination des atteintes viscérales organiques telles qu'un ulcère d'estomac, une dermatose, une coronarite, etc.... elle serait incomplète si elle ne faisait intervenir des facteurs biotypologiques, des prédispositions acquises ou génétiques, des facteurs d'idiosyncrasie, de fragilité particulière d'un organe, également assez souvent retrouvée dans la conversion hystérique.

Le domaine de la rhumatologie vu dans une perspective psychosomatique éclectique est aussi celui des interférences de facteurs psychologiques, sociaux héréditaires

et constitutionnels, "méiopragiques", qui peuvent jouer simultanément dans une proportion variable. On sait le rôle déclenchant d'un "stress" psychique dans un accès de goutte, celui des facteurs affectifs et du "terrain" dans la polyarthrite chronique évolutive. Il existe une constitution endocrinienne prédisposant à l'arthrose dégénérative : des travaux récents ont mis l'accent sur le rôle de la somatormone dans la genèse de ce processus et même des corrélations typologiques, et le vaste domaine encore mal délimité des collagénoses pourrait sans doute offrir un champ de prospections et de confrontations fécondes entre biologistes, cliniciens et psychosomaticiens.

Mais notre objectif reste plus modeste et concerne le plus souvent ces innombrables malades, groupés sous l'étiquette de "neurotoniques" qui ont épuisé les ressources médicamenteuses et lassé la patience du rhumatologue.

Il faut savoir que les malades d'une consultation de rhumatologie sont avec une fréquence particulière, des travailleurs manuels (bâtiment, transports, travaux publics ...) souvent d'un niveau socio-économique faible et, d'autre part, les problèmes de gérontologie occupent une grande place dans la clinique rhumatologique : on ne saurait omettre l'incidence des conditions culturelles et sociales sur les facteurs psychologiques et les interférences de la maladie et des différents niveaux d'intégration sociale. Le concept psychosomatique ne saurait être assez exhaustif à des fins concrètes de compréhension clinique et d'efficacité thérapeutique, s'il manquait à inclure les facteurs externes sociaux et culturels qui influencent le développement psychosomatique de l'individu,

le déroulement et le type de la maladie et l'effet de la maladie sur le patient et son milieu.

Enfin si le psychosomatisme procède essentiellement de cette constatation que les processus dynamiques des divers états de conscience sont inséparables de leurs interactions avec tous les processus corporels, nous n'aurons garde d'oublier les hypothèses et les résultats des recherches neurophysiologiques et psychophysiologiques récentes.

Telles sont les considérations générales qui ont inspiré notre étude dont l'intention correspond à la pluralité multidisciplinaire du mouvement psychosomatique contemporain défini récemment par J. DELAY comme " la convergence de multiples recherches qui se réclament de tendances aussi hétérogènes que celles de CANNON, de PAVLOV et de FREUD et se continuent par des travaux aussi peu comparables que ceux de SELYE, de BYKOV et d'ALEXANDER".

+

+

+

Qui que vous soyez, je préférerais
scruter votre colonne vertébrale que
votre crâne. Une colonne taillée
comme un mince soliveau n'a jamais
supporté une âme noble et généreuse.
Je me réjouis de ma colonne comme de
ce mât solide et fier qui porte le
drapeau que je déploie face au monde.

(H.Melville : "Moby Dick")

"Posuisti tribulationes in
dorso nostro" . (Psalm. LXV,11).

+

+ +

Les manifestations psychosomatiques rhumatis-
males - si l'on accepte ce terme dans le sens exhaustif
que nous avons essayé de justifier - se situent au pre-
mier plan de l'actualité rhumatologique. Il suffit pour
s'en convaincre de jeter un regard sur les travaux qui
leur ont été consacrés ces vingt dernières années par
la médecine psychosomatique Nord-Américaine notamment,
les recherches spécialement effectuées lors de la der-
nière guerre par les psychiatres de l'armée Américaine.

En France, PADOVANI et BACHET sont parmi les
premiers à avoir attiré l'attention sur les aspects so-
matopsychiques des syndromes douloureux rachidiens et la

.../...

prudence chirurgicale qui doit en être la conséquence thérapeutique. Plus récemment BERTAGNA a donné une brève mais précise description des lombalgies cénestopathiques insérée dans une nomenclature psychiatrique. L'Ecole du Professeur J. DELAY donne une impulsion à des travaux et recherches des divers aspects de la médecine psychosomatique qui nous ont encouragé dans cette voie. Nous citerons l'intérêt tout spécial de l'activité du groupe de la "Société Française de Médecine Psychosomatique" et nous reconnaissons volontiers notre dette de quelques emprunts que nous a suggérée la lecture de la collection de "La Revue de Médecine Psychosomatique."

On conçoit aisément que la rhumatologie, ce vaste carrefour de la pathologie douloureuse, puisse comporter dans ses diverses manifestations une large composante psychosomatique.

Nous nous efforcerons, au cours de cet exposé, de préciser :

- la fréquence de ces algies dans la pathologie vertébrale,
- leurs caractères séméiologiques,
- enfin, dans la mesure du possible, nous essaierons de les faire entrer dans un cadre nosographique des psychonévroses, en insistant sur le fait que beaucoup d'entre elles échappent à une classifica-

tion psychiatrique : nous parlerons dans ce cas d'un contexte psychique, d'un schéma psychodynamique individuel et nous parlerons pour ce groupe d'un trouble psychosomatique, lorsqu'il sera possible d'établir une relation certaine entre une situation conflictuelle du malade, et sa maladie, voire des corrélations spécifiques entre ses particularités psychiques et caractérielles, un fond de perturbations affectives et leur expression symbolique dans des troubles somatiques et fonctionnels.

Nous en appellerons pour légitimer ce domaine d'une pathogénèse sans frontières ni vocable très précis à la phrase de G. ENGEL, un chercheur psychosomaticien :

" Aucun concept linéaire d'étiologie n'est satisfaisant, mais la pathogénèse de la maladie comprend une série de rétroactions négatives et positives dont les changements partiels et simultanés sont capables d'affecter n'importe quelle fonction organique".

Lorsqu'une douleur rachidienne ne fait pas la preuve de son origine, on se trouve en présence de trois possibilités :

1°) La cause locale existe, mais a échappé aux investigations cliniques et radiologiques.

2°) Il s'agit de cénestopathies.

3°) Il s'agit d'une sinistrose, c'est-à-dire de l'exploitation consciente ou subconsciente d'un traumatisme ou d'une maladie rachidienne dont les conséquences propres ont disparu, ou sont sans rapport avec les troubles fonctionnels accusés par le malade.

Il convient de souligner combien il est parfois difficile de délimiter une algie rachidienne de nature cénestopathique de celle liée à une sinistrose ; de même la frontière entre un état douloureux en rapport avec un déséquilibre statique et ces algies cénestopathiques, ne peut être établie avec précision dans bon nombre de cas concrets.

Il est évident qu'on ne saurait envisager les deux dernières éventualités qu'après avoir épuisé tout les renseignements que peuvent fournir, non seulement l'exa-

.../...

men clinique du rachis et l'examen général du malade, mais également ceux qu'on peut tirer des méthodes para-cliniques notamment des tomographies de face et de profil faites au besoin pour préciser l'aspect d'un interligne intervertébral ou d'un corps vertébral, ainsi que les éléments fournis par le laboratoire : vitesse de sédimentation, cuti-réaction, etc....

" Un psychosomaticien, écrit J. DELAY, doit être d'abord un médecin de formation classique dont le réflexe est de penser les symptômes sur le plan de la physiologie, même si la réflexion le mène à les repenser sur le plan de la psychologie".(Nos recherches effectuées en étroite collaboration avec l'équipe homogène d'un service de Rhumatologie, la possibilité de contrôles et de confrontations au cours de consultations réservées à cet effet, notre initiation personnelle à la pratique rhumatologique sous l'autorité didactique de notre maître le Docteur LAYANI et ses assistants nous permet d'affirmer sous cette caution notre fidélité à ce principe).

Dans la seconde hypothèse, une définition s'impose. Nous entendons sous le vocable de cénestopathie (définition empruntée à BERTAGNA) : l'ensemble des manifestations douloureuses d'allure rhumatismale soit sans substrat lésionnel décelable et impossible à rattacher à

une volonté de simulation du malade, soit déclenchés
par un facteur organique occasionnel en général minime
et lui survivant avec une intensité souvent majorée,
prenant alors un caractère de pérennisation illégitime.

Nous ajouterons pour notre propos, que le symptôme est très souvent inclus dans un cortège polyalgique et enrichi de troubles végétatifs viscéraux et de manifestations d'impotence fonctionnelle à des degrés variables, tableau clinique polyvalent qui nous semble justifier sa place dans le cadre d'une pathologie psychosomatique.

FREQUENCE DES RACHIALGIES PSYCHOSOMATIQUES

=====

Les auteurs de langue anglaise se sont livrés à de vastes enquêtes, surtout sur des échantillons de population militaire au cours de la deuxième guerre mondiale.

SEANDS (1944), sur 1000 soldats vus dans une consultation d'orthopédie, relève 22% souffrant de dorsolombalgies sans étiologie organique.

BOLAND et CORR (1943) sur 450 cas étiquetés "Rhumatisme" et admis dans un service hospitalier militaire, notent 34% de rhumatismes psychogéniques purs ou à majoration psychique. Sur 181 cas de dorsalgies, ils notent 18% de rhumatismes psychogènes purs, 25% avec facteur psychogénétique intriqué.

J.V. LUCK (1944) a, sur plus de 1000 sujets présentant des douleurs rachidiennes, relevé :

20% de lombalgies psychogéniques,

8% de rachialgies diffuses de même

origine.

Le bulletin de l'U.S. ARMY DEPARTMENT (1946) signale que dans un hôpital général militaire,

.../...

50% de cas admis avec le diagnostic de hernie discale, de tumeur médullaire ou de polynévrite n'étaient, en fait, que des algies psychosomatiques.

STIMPSON (1947) dans une clinique civile, où collaborent de nombreux spécialistes, relève 10% de dorso-lombalgies en rapport avec un contexte psychiatrique.

Ces statistiques, sensiblement concordantes, permettent donc d'évaluer entre 10 et 20% la proportion de sujets atteints d'algies vertébrales relevant de la médecine psychosomatique.

En France, BERGOUIGNAN et DEMANGEAT (BORDEAUX) ont rapporté au 1er Congrès de médecine psychosomatique de VITTEL, la statistique du Centre de triage thermal de BORDEAUX, d'une part, et leurs propres évaluations sur la fréquence respective des différentes étiologies psychiatriques.

Dans le premier cas, on signale une proportion de l'ordre de 50%.

Le professeur Louis POUYANNE (Chaire neurochirurgicale de BORDEAUX) a rencontré en 20 ans :

1468 lombalgies pures sans cause anatomique évidente,

543 rachialgies diffuses
236 séquelles de fractures du rachis
1498 lombosciatiques
270 rhumatismes vertébraux certains
108 spondylolysthésis
319 maux de POTT.

BERGOUIGNAN et DEMANGEAT font état de 78 observations de malades d'un service de neuro-psychiatrie et du Centre de rééducation motrice de BAGNERES de BIGORRE.

Ils ont rencontré :

2 observations de lombalgies évoluant
parallèlement à une psychose.
22 observations de lombalgie entrant dans
le cadre d'un état névrotique.

Ces algies névrotiques débordaient le plus souvent la région lombaire ; dans 13 cas, elles étaient associées à un foyer douloureux cervical.

(Chez 10 de ces malades les douleurs rachidiennes avaient été traitées longtemps isolément sans qu'on se préoccupât d'un contexte psychiatrique pourtant évident.)

Ces malades, sauf 4 d'entre eux (2 hystériques, 1 obsédé, une névrose d'angoisse) entraient dans le cadre des dépressions névrotiques :

- 1 cas de psychasthénie
- 5 dépressions chez des hystériques
- 3 dépressions constitutionnelles
- 4 dépressions névrotiques hypocondriaques
- 1 dépression névrotique avec tentative de suicide chez une impulsive.

Les auteurs notent que, mise à part la conversion hystérique, chez la plupart des malades, les rachialgies correspondent à une attitude de la personnalité où prédomine "un ressentiment ou une révolte cachée".

Dans un autre groupe de 22 malades, les symptômes névrotiques d'accompagnement, si tant est qu'ils existent, n'ont pas été décelés par l'examen clinique habituel.

Quelques-uns de ces sujets présentaient une névrose difficilement identifiable.

Chez 2 autres malades, on a découvert une dépression cyclothymique.

Nos évaluations personnelles ne peuvent se fonder sur des statistiques proprement dites.

Un psychosomaticien dans un service de consultation de rhumatologie ne saurait voir tous les cas dits fonctionnels relevant de son intervention. La plupart des rhumatologues suffisamment avertis des problèmes psychosomatiques par l'effet des confrontations médico-psychologiques et la solidarité didactique du travail d'équipe, sont à même de manier des "petites psychothérapies" dans les cas mineurs et d'utiliser à propos les moyens de la psychopharmacologie.

D'ailleurs un chiffre statistique ne saurait avoir de valeur précise car les malades reçus dans un service spécialisé de rhumatologie ont déjà été sélectionnés par leurs médecins traitants ou dans un service de médecine générale. La proportion d'étiologies lésionnelles et de syndromes véritablement rhumatismaux en est plus élevée.

Nous évaluons globalement à 20% environ la proportion de rachialgies psychosomatiques dans l'ensemble des syndromes douloureux du rachis vus au Pavillon de consultation de LA PITIE.

Par contre dans le cadre des "névroses rhumatismales" post-traumatiques ou non, les algies

rachidiennes constituent le lot de loin le plus élevé (environ 70%).

Il semble qu'il ne soit pas possible d'établir une proportion selon l'âge ou le sexe, ces facteurs ne jouant que dans une perspective d'étiologie psychiatrique.

Enfin dans un premier temps de notre activité, nous sélectionnons les cas pour ne retenir que ceux dont on peut conjecturer le bénéfice d'une psychothérapie sans négliger l'appoint d'une chimiothérapie, souvent appliquée isolément dans le climat bénéfique d'une relation médecin-malade, inspirée des suggestions de BALINT.

On écarte systématiquement les psychotiques, voire certaines personnalités psychopathiques (ex. psychoses délirantes, grande hypocondrie, psychonévrose obsessionnelle) qui sont dirigés sur des services spécialisés.

Il n'est pas jusqu'aux états sinistrosiques que nous abordions avec la plus grande prudence.

Sur un groupe d'environ 150 patients vus et traités par divers moyens comme des "névroses rhumatismales" se détachent 110 rachialgies accompagnées ou non d'un cortège fonctionnel.

Fréquence selon les diverses étiologies

- 50 environ n'entrent dans le cadre d'aucune étiologie psychonévrotique précise. Ils présentent une structure caractérielle ou une personnalité dont l'anomalie ne se révèle qu'à un examen prolongé.
 - Dans le groupe restant, nous trouvons :
 - 15 cas d'hystérie de conversion
 - 25 " de psychasthénie - états d'anxiété avec tendances phobiques ou obsessionnelles, hypochondrie mineure.
 - 10 " états dépressifs réactionnels
 - 10 " névroses d'épuisement ; syndromes dépressifs du presenium ou de l'âge sénile à forme hypochondriaque et cénestopathique.
-

CARACTERES PROPRES AUX ALGIES VERTEBRALES PSYCHOSOMATIQUES

La douleur présente assez souvent certaines particularités capables, à elles seules, d'orienter le diagnostic. Quelque peu différentes selon que l'on considère les dorsolombalgies et les cervicalgies, dans tous les cas la condition essentielle d'une bonne orientation diagnostique réside dans la qualité de l'interrogatoire et la conduite de l'examen.

(La plupart des malades dont nous nous occupons sont déjà présélectionnés par nos collaborateurs qui nous les confient, notre présence depuis 3 ans dans le service, favorisée par un climat amical, ayant par un effet de coéducation réciproque développé dans la collectivité des médecins du Centre de LA PITIE une intuition du malade "spécial" et une certaine évaluation de son aptitude à bénéficier d'un traitement psychiatrique ou psychothérapique.)

L'interrogatoire psychosomatique présente déjà certaines particularités tenant à la personnalité du médecin qui doit y être préparé didactiquement et à une certaine technique où l'expérience personnelle est prévalente. Pour une plus ample information sur les

subtilités de ce mode d'interrogatoire, nous renvoyons à l'excellent article du docteur R. HELD (Entretiens de BICHAT 1958) en présentant quelques remarques fondamentales qu'il formule excellemment.

Le simple fait de procéder à un interrogatoire psychosomatique est déjà une gratification pour le malade.

Si l'attitude du médecin est toujours appréhendée plus ou moins intuitivement par le patient, c'est cela qui, en dernier ressort, conditionne la qualité des contacts psychosomatiques et leur confère des vertus dynamiques spécifiques.

Ces contacts peuvent se définir dans leurs grandes lignes de la façon suivante : selon l'expression de F. DEUTSCH, il faut permettre au patient "de faire des commentaires spontanés sur ses expériences passées et ses sentiments présents".

Avec les premières paroles d'introduction on essaiera de rassembler "un matériel significatif émotionnel" pouvant être en rapport avec :

- les activités générales du malade ;
- les symptômes qui l'ont amené à consulter ;

- sa biographie générale ;
- sa situation sociale et familiale actuelle ;
- la façon dont il interprète et valorise ce qui lui arrive sur le plan physiopathologique ;
- surtout les réactions affectives aux malaises qu'il ressent et aux symptômes qu'il présente.

Enfin cet interrogatoire peut paraître paradoxal quand, selon le comportement verbal et émotionnel du malade, il y a lieu, pour le médecin, de se souvenir que si "la parole est d'argent, le silence est d'or".

Mais notre propos sera surtout d'orienter les rhumatologues qui, souvent insuffisamment avertis de cette discipline, sont exposés à deux excès opposés et aussi graves, soit le renvoi dédaigneux et hostile de leur malade avec le verdict de "fonctionnel", soit l'application prolongée de thérapeutiques fournissant au malade un système de pérennisation de ses troubles d'où il sera de plus en plus difficile de le tirer ultérieurement.

A/ Les dorso-lombalgies

1°/ Elles peuvent se présenter sous l'aspect d'une affection organique à priori parfaitement légitime. Il s'agit de sujets chez qui la douleur s'est installée à la suite d'un effort ou d'un traumatisme ayant déterminé soit une lombalgie aiguë, soit une lombo-sciatique et les clichés radiologiques semblent justifier l'étiologie lésionnelle du syndrome en montrant une image de discopathie lombaire avec ou sans processus arthrosique. L'examen au surplus peut montrer une certaine contracture rachidienne avec parfois un point douloureux para-vertébral. Mais, fait important, l'anomalie réside dans l'allure déconcertante de l'évolution. Ce sont des douleurs en effet rebelles aux analgésiques, non influencées par les diverses thérapeutiques médicales et physiothérapiques tour à tour instituées, ne cédant à aucune position antalgique, d'une ancienneté déroutante mais aussi significative. Certains de nos malades souffraient depuis des années et avaient fréquenté les diverses consultations rhumatologiques, ayant fait appel aux guérisseurs sans obtenir de soulagement attendu.

Dans certains cas il peut être de bonne règle de recourir à une épreuve radiographique au mé-

thiodal et si celle-ci est négative (comme cela est constant dans les cas qui nous occupent) il importe de procéder à une enquête psychiatrique et surtout se garder de proposer une greffe vertébrale dont les conséquences seraient désastreuses.

Ce premier groupe de malades répond à l'un des termes de la définition de cette pathologie : "lombalgies déconcertantes par leur persistance insolite au-delà de la durée légitime d'un syndrome lombalgique organique".

2°/ Ailleurs, et le plus souvent, les douleurs prennent l'allure d'une affection répondant à l'autre terme de la définition "algies déconcertantes" par l'absence de signes organiques susceptibles de les expliquer ou par leur disproportion avec les signes observés".

Les douleurs présentent un faisceau de caractères ou plutôt de nuances qui peuvent orienter le diagnostic.

a) leur mode d'installation est insolite, progressif, sans cause déclenchante apparente.

b) leur type est assez spécial.

Les malades se plaignent assez volontiers d'une sensation de poids d'accablement, "d'éreintement" et le trait le plus frappant de leurs plaintes réside dans la note dépressive de leur présentation. Ailleurs ils expriment d'une manière dramatique, avec une mimique pathétique, le caractère intolérable de leur souffrance, fournissant des données bizarres, exagérées, en discorde tant avec l'anatomo-physiologie qu'avec l'examen objectif. C'est ainsi que certains insistent sur des sensations de "craquements de vertèbres", de picotements, de brûlure de la région lombo-sacrée avec une hyperesthésie cutanée. Les sensations de striction, de compression, de tension, de douleurs pulsatiles sur lesquelles ont insisté les auteurs de langue anglaise nous paraissent moins significatives.

c) Leur topographie reste en général assez imprécise, les malades décrivent volontiers des zones d'engourdissement, avec dysesthésies et irradiations fréquentes à l'aîne ou dans les jambes ne suivant pas un trajet anatomique rigoureux.

d) Ce sont des douleurs assez continues augmentant souvent en cours de journée, aggravées parfois par les rapports sexuels que les malades évitent.

Elles sont en revanche rebelles aux analgésiques, non influencées et même aggravées par des appareils de contention orthopédique; bien souvent les malades ne trouvent aucune position antalgique, la station debout ou le décubitus ne modifiant en rien la douleur.

A l'opposé celle-ci peut être exagérée ou déclenchée d'une façon démesurée par l'antépulsion du tronc ou la position assise. (L'un de nos malades ne tolérant pas la position assise, avait dû prendre ses repas debout pendant deux ans !).

e) Enfin l'ancienneté des douleurs est la plus significative ; celles-ci persistent souvent depuis plusieurs années avec une intensité croissante, en dépit des thérapeutiques les plus diverses tour à tour instituées.

L'examen ne manque pas d'apporter de singulières discordances :

- soit un minimum de signes objectifs en regard de douleurs intolérables, à peine une légère contracture rachidienne ou même une souplesse parfaite de l'axe lombo-sacré allant de pair avec une intégrité radiologique totale,

- soit au contraire une symptomatologie

objective d'une richesse démesurée telle la camptocormie de SOUQUES bien étudiée pendant la première guerre mondiale par BABINSKI et J. LHERMITTE, ou des troubles de la marche dont la bizarrerie attire l'attention, telle une démarche dandinante avec enroulement des hanches, une démarche précautionneuse comme nous l'avons souvent observé.

L'association d'une astasie-abasie très évocatrice de l'hystérie de conversion n'est pas rare (nous y reviendrons).

Des phénomènes parétiques non systématisés sont aussi évocateurs de symptômes de conversion.

Enfin ces malades présentent fréquemment, en plus de leurs algies, un cortège d'accompagnement tels que :

- troubles vaso-moteurs,
- une hyperflectivité tendineuse
- une hyperhydrose
- un tremblement des membres
- une respiration suspirieuse
- une instabilité acathisique
- une association la plus variée de troubles sensitivo-moteurs, de désordres neuro-végétatifs et tension anxieuse.

On note non moins souvent pour ajouter à ce tableau un complément symptomatique de cénestopathies viscérales, de précordialgies (PADOVANI et BACHET) faisant de ces malades des polypsychalgiques. L'association d'un terrain allergique (dermatoses surtout) et de troubles gastrocoliques (très fréquentes), la très grande fréquence d'un dysfonctionnement ovarien s'ajoutent au registre psychosomatique de cette sémiologie, en justifient une analyse sémiologique et permettent une orientation thérapeutique dirigée davantage vers le malade que vers la maladie et d'ailleurs l'examen peut et doit être une ébauche d'acte thérapeutique.

Nous ne pensons pas qu'il faille distraire de ce chapitre "la Dorsalgie bénigne de l'Adulte", comme une entité clinique bien qu'elle ait fait l'objet d'un nombre considérable de travaux.

Dans 90% des cas le syndrome apparaît chez des femmes jeunes ou des jeunes filles (le maximum de fréquence s'observant entre 11 ans et 35 ans) ; la maladie apparaît exceptionnellement après 40 ans.

Chez un quart des malades, ROTES QUEROL a observé des troubles de la statique vertébrale (légère scoliose dorsale, petite cyphose dorsale), avec une fréquence qui ne dépasse pas celle qu'on trouverait sur un

lot de sujets n'accusant aucun phénomène douloureux.

Les radiographies du rachis dans son ensemble et plus particulièrement du rachis dorsal montrent l'intégrité des corps vertébraux et des disques; lorsqu'il existe des altérations, elles sont si minimes qu'on peut les considérer comme à la limite du pathologique. Toutes les épreuves biologiques sont strictement normales.

Cependant l'existence de troubles hormonaux sans substratum organique sérieux est quasi constante. Ces femmes sont souvent dysménorrhéiques avec un tableau évoquant l'hyperfolliculinie clinique (Gilbert DREYFUS).

Dans les 2/3 des cas (ARLET), elles ont présenté ou accusent des troubles digestifs (surtout colopathie spasmodique).

Enfin, tous les auteurs qui ont revu le problème soulignent l'existence d'un "terrain psychique" dont la constance et l'importance sont telles qu'on est obligé de lui accorder un rôle essentiel, sinon déterminant dans l'apparition du syndrome.

L'évolution en est habituellement désespérément prolongée. La plupart des traitements antialgiques sont inefficaces, les massages, la gymnastique en améliorant le tonus musculaire, n'amènent qu'une amélioration d'autant plus passagère que ces malades mon-

trent peu de persévérance pour poursuivre un traitement dans lequel l'effort personnel est essentiel.

B/ Les Cervicalgies

En dehors d'une communauté symptomatique avec les lombalgies, nous voudrions insister sur quelques caractères qui leur sont propres.

Ce sont des douleurs occipito-nuchales, des cervico-céphalalgies bien distinctes des céphalées.

HAROLD WOLF a souligné l'importance et la fréquence de ce symptôme "signal banal de tension émotionnelle qui représente un des problèmes majeurs que la profession médicale ait à considérer".

Elles ont été bien étudiées par ALAJOUANINE et NICK (1949). Ces auteurs groupant 108 cas de céphalées dont 70% restaient sans étiologie connue trouvent 48% de phénomènes algiques localisés au niveau de la nuque et de la région occipitale. Ils les ont désignées par le nom de "syndrome d'Atlas", ce terme supposant une interprétation psychopathologique sur laquelle nous reviendrons. Plus qu'une douleur bien caractérisée les malades se plaignent en général d'une raideur doulou-

reuse de la nuque, d'une sensation de contracture limitant les mouvements de flexion et surtout de rotation de la tête ; ils font difficilement la distinction entre la participation céphalique et cervicale. Ici la douleur survient plus volontiers sous la forme de contractions paroxystiques, elle est plus intermittente et sa survenue rythmée par les grandes oscillations émotionnelles est remarquable.

ALAJOUANINE et NICK ont décrit une topographie de projection de la douleur que nous avons nous-mêmes souvent retrouvée : douleur en général de siège bilatéral et symétrique, à limite supérieure correspondant à une ligne allant d'une mastoïde à l'autre et passant par la tubérosité occipale externe ; elle descend le long du cou et dans la région interscapulaire.

Elle s'accompagne d'une céphalalgie peu intense, sensation de poids, de lourdeur, de vide intracranien, associée à des paresthésies et souvent à une hyperesthésie du cuir chevelu.

A l'examen les malades se présentent volontiers avec :

- une attitude soudée de la nuque,
- une déviation plus ou moins accentuée

de la position de la tête,
- une ébauche de torticolis,
- un tremblement de la nuque,
auxquels peuvent s'ajouter la parésie fugace d'un bras,
des troubles sensitifs mal systématisés.

De tels malades ont très souvent fait l'objet d'une tentative de contention par minerve dont les résultats ont été le plus souvent néfastes. Contrastant avec cette attitude on est souvent surpris de constater une amplitude presque normale des mouvements passifs de la tête ; certaines positions de relâchement musculaire tel que l'appui du front dans les mains, de décubitus nocturne peuvent inconstamment diminuer l'intensité de la douleur.

Chez nos malades nous avons fréquemment noté un traumatisme minime comme point de départ, en général vécu avec une grande intensité émotionnelle. Enfin les clichés radiographiques, s'ils montrent une intégrité totale de l'axe cervical chez les sujets jeunes, peuvent révéler des images d'arthrose banale à partir d'un certain âge, mais trop souvent interprétées sans discrimination comme la cause de la douleur.

Il est en général facile par un examen attentif, d'écarter une affection neurologique (compression médullaire, neurinome, syndrome d'Arnold Chiari, syndrome de Klippel, etc...) ou d'une affection ostéo-articulaire. Dans ce dernier cas la douleur est plus précise, elle

siège en général au niveau des apophyses ; elle comporte surtout une tonalité affective, et elle est rarement la même. Quant à l'éventualité d'une hernie discale, les troubles sensitifs, moteurs, leur topographie radiculaire ne peuvent guère entretenir l'équivoque.

Enfin dans l'affection que nous étudions il s'agit exclusivement d'une symptomatologie musculaire.

Reste la névralgie occipitale d'ARNOLD : elle est en général unilatérale, la douleur s'étend presque exclusivement vers le crâne ou beaucoup plus haut ; on la révèle ou l'exagère par la pression à l'émergence terminale du nerf. L'infiltration novocaïnique locale en vient à bout assez rapidement.

Le problème diagnostique le plus vivement controversé est celui du syndrome dit de BARRE-LIOU.

Il a été décrit à l'origine comme un syndrome douloureux du rachis cervical avec irradiations céphalalgiques diverses, état vertigineux, sensation d'instabilité à la marche. Tous ces symptômes pouvaient être rattachés à une cervicarthrose entraînant une irritation vaso-motrice du sympathique cervical par compression de l'artère vertébrale (BARRE-LIOU).

Mais bon nombre d'auteurs, et, en parti-

culier, ROTES QUEROL et ses collaborateurs, ont montré récemment, en se basant sur l'étude de 64 observations personnelles, que la cervicarthrose manquait souvent (29 fois sur 64) et que l'étude de ces malades permet de retrouver constamment des manifestations de type névrotique. Pour ces auteurs le syndrome de BARRE-LIOU rentrerait dans le cadre des cénestopathies vertébrales et cette notion revêt une importance essentielle en regard de la thérapeutique qui doit être mise en oeuvre chez de tels malades.

Ajoutons que l'Ecole de Rhumatologie de LA PITIE nous a confirmé dans ce point de vue. L'état thymique sous-jacent fait tout l'intérêt de cette affection, même s'il est marqué par une symptomatologie physique bruyante sous laquelle il faut savoir le dépister par un interrogatoire adéquat et là encore la manière d'interroger le malade est primordiale.

En fait il semble que le risque le plus grand soit de favoriser une cristallisation névrotique au cours d'une recherche obstinée d'un substrat lésionnel par référence à un mécanisme physiologique hypothétique sinon illusoire, de ce qui est en fait le plus souvent une "psychalgie".

Ainsi l'analyse des algies vertébrales ne ressortissant à aucune étiologie lésionnelle ou présentant un caractère de majoration excessive par rapport à un substrat organique dont la bénignité a été dûment établie doit permettre au rhumatologue de s'enquérir du psychisme du malade ou de le confier au psychosomaticien, s'il n'est pas instruit de ce genre d'examen.

Nous sommes donc conduits à aborder le versant psychiatrique de cette étude, deuxième étape fondamentale de la pathologie rachidienne psychosomatique avant d'évaluer, dans un dernier chapitre, les possibilités thérapeutiques adéquates à ce type d'affections.

ETUDE PSYCHIATRIQUE et PSYCHODYNAMIQUE

Le symptôme peut être la conséquence directe d'un trouble mental névrotique ou psychotique.

Mais il faut savoir, et ces cas sont nombreux, qu'une telle symptomatologie se rencontre aussi chez des sujets qui n'entrent dans le cadre d'aucune nosologie psychiatrique, à moins de pécher par un parti-pris excessif de système.

Cependant, ces sujets présentent une "personnalité" anormale, en ce sens qu'ils réagissent dans l'existence et leur milieu ambiant d'une "manière inadaptée" impliquant dans leurs réactions une souffrance corporelle très spéciale.

Il ne s'agit pas spécialement d'un type de "personnalités psychopathiques" (CURT SCHNEIDER) que de malades dont la personnalité, "les situations" se heurtent à des difficultés d'adaptation considérables au milieu et aux conditions vitales concrètes. Beaucoup de ces sujets qui ne présentent pas de psychonévroses décelables vivent dans un circuit continu de

situations conflictuelles avec un mode physique anormal de réactions émotionnelles en rapport avec un certain niveau de perceptions des relations interhumaines, de l'image de leur propre corps et de sa relation symbolique avec le monde.

C'est ce problème du niveau de relation objectale qui nous permettra de situer ces malades sur un arrière-fond psychodynamique, en dehors des cadres de la psychiatrie clinique.

Nous essaierons de comprendre comment le système neuro-musculaire de ce type de sujets constitue une avenue de choix dans la rencontre avec les stimuli nociceptifs du monde extérieur, par quels processus psychologiques ou psychophysiologiques il est le mode d'expression stéréotypé du bouleversement existentiel d'expériences actuelles ou passées.

C'est là proprement le domaine de la médecine psychosomatique.

Ainsi nous envisagerons d'abord les cas où une algie rachidienne peut être rattachée à une anomalie psychiatrique clinique plus ou moins facilement décelable, susceptible de trouver sa place dans une nosographie courante.

Nous aborderons ensuite l'aspect beaucoup ,
moins précis mais d'un intérêt pratique au moins égal,
de faits que l'on ne peut classer dans un cadre psychia-
trique connu.

D'ailleurs dans tous les cas ce qui est
essentiel, c'est l'approche et la connaissance concrète
du malade et la qualité de la relation personnelle que
le médecin établit avec lui permettant de situer la
maladie dans la personnalité du malade.

PATHOLOGIE DOULOUREUSE ET FONCTIONNELLE DU RACHIS
=====

EN RAPPORT AVEC DES TROUBLES PSYCHO-NEVROTQUES
=====

Il est peu de psychonévroses qui n'aient une symptomatologie physique d'appoint. Les états névrotiques s'accompagnent généralement de symptômes somatiques ; tel est le cas de la névrose d'angoisse et de la psychasthénie. Les psychoses délirantes obéissent à cette règle. Ces manifestations peuvent occuper le devant de la scène.

Dans le schéma classique des névroses il est courant de distinguer celles où les troubles somatiques constituent l'essentiel du tableau, affections psychosomatiques au sens large, et celles où la symptomatologie est faite de cénestopathies réalisant la névrose hypochondriaque.

Nous attacherons une importance particulière à l'hystérie de conversion que nous envisagerons en premier lieu et nous mettrons un peu à part les cénestopathies hypochondriaques et les états sinistrosiques, vu la place particulière qu'ils occupent dans la pathologie douloureuse du rachis et leurs incidences thérapeutiques et médico-sociales.

Rappelons préalablement une étude d'un auteur italien F. ANTONELLI (1955) qui désigne par le terme de "NEVROSE RHUMATISMALE" une séméiologie rhumatismale sans lésion organique décelable, ou dont la symptomatologie fonctionnelle est exagérée en intensité. Les sujets classés dans cette catégorie syndromique présentent "des traits caractérologiques typiques".

Plus récemment ce même auteur a défini dans ce cadre un syndrome de persistance des troubles fonctionnels au décours de la terminaison apparente d'une poussée rhumatismale et il l'individualise comme une "Névrose rhumatismale résiduelle".

Les douleurs et l'impotence fonctionnelle ne paraissent plus justifiées. Mais comme il est difficile de fixer une date précise à la phase terminale d'une poussée évolutive, l'auteur distingue prudemment des cas indiscutables de "névrose rhumatismale résiduelle" et des cas seulement probables.

La thèse de F. ANTONELLI est que la "névrotisation" du malade correspond à un phénomène de conversion hystérique, dans lequel interviennent des motivations conscientes et inconscientes ayant pour but le maintien des avantages apportés au cours de

la phase organique de la maladie. Certaines de ces tendances inconscientes peuvent s'inscrire dans le système musculaire en une tension localisée qui, par sa durée et son intensité, réalise un syndrome certainement douloureux et objectivable.

L'élément conscient aboutit à un effet d'exagération, de dramatisation devant la souffrance subjective. Ainsi se trouve posé une fois de plus le problème d'une "hyperpathie" et de sa facilitation psychophysiologique.

Il s'agit bien, selon l'auteur, d'une fragilité psychosomatique, mais ce seul mécanisme de la conversion hystérique ne saurait éclairer tous les aboutissants pathologiques d'une telle prédisposition. La discussion de tels problèmes domine les tentatives de compréhension et surtout les essais thérapeutiques.

L'auteur rapproche cette variété de névrose rhumatismale de la "NEVROSE RHUMATISMALE post-traumatique" et il distingue ce deuxième type du précédent par son étiologie apparente, le traumatisme. Il entre dans le cadre de "l'Hystéro-traumatisme" de CHARCOT qui avait souligné la fréquence d'un intervalle libre entre le traumatisme et l'apparition de signes fonctionnels, la phase de "méditation". L'évolution est

souvent désespérante. Le terrain électif pourrait être, selon F. ANTONELLI, soit hystérique, soit "neurasthénique". Il rappelle à ce propos la prédisposition de certains individus à subir des accidents itératifs, bien étudiée par l'Ecole psychanalytique Nord-Américaine et plus récemment en France dans le cadre de la Société Française de Médecine psychosomatique par P. ABOULKER, CHERTOK et SAPIR (1961).

L'impulsivité est un trait fréquent découvert chez ces sujets : leurs besoins exigent des satisfactions immédiates, leur impétuosité refuse toute contrainte extérieure, ils nourrissent un ressentiment toujours vigilant contre les personnages de l'entourage revêtus d'autorité. Un sentiment de culpabilité inconscient s'exprimerait en contrepartie de ces tendances hostiles dans une propension à l'accident ou à la maladie.

Selon un schéma psychanalytique classique invoqué par l'auteur, il s'agirait d'un mode somatisé de réaction autopunitive à un type sado-masochiste de relations interpersonnelles, les organes moteurs de la vie relationnelle servant d'exutoire à une charge excessive de tension émotionnelle qui dépasse le seuil pathologique de leur adaptation physiologique.

Enfin, l'auteur consacre un troisième chapitre à la sinistrose rhumatismale qu'il envisage dans le sens évocateur que leur confèrent les auteurs britanniques, sous le vocable de "Névrose de rente". Une indemnisation pécuniaire est un jeu. Mais il faut tenir compte de l'agressivité primaire ou secondaire sous-jacente en rappelant l'ambiguïté sémantique des mots "revendication", "revanche". L'accident ou la maladie font passer sur le plan de l'actualité sinistrosique une disposition latente qui n'en garde pas moins une expression clinique complexe, capable de mettre à dure épreuve la sagacité du praticien ou de l'expert le mieux averti. La difficile distinction entre les bénéfices psychologiques et matériels, souvent confondus et réciproquement dynamisés, rend délicat le partage entre une intention consciente et des motivations profondes psychopathologiques.

F. ANTONELLI approuve à ce propos les dispositions de la législation britannique qui prévoit, dans ces cas, une indemnisation définitive et rapide, dont le caractère modeste incite à une reprise fonctionnelle, tout en apportant une relative compensation sociale.

Nous reviendrons sur ce sujet.

I - L'HYSTERIE DE CONVERSION

C'est une des névroses qui fournit souvent les plus riches tableaux de pathologie douloureuse et fonctionnelle.

Sans préjuger de la conception pathogénique qu'implique le terme de conversion proposé par FREUD, nous désignerons ainsi la névrose hystérique "classique" qui élimine en partie certaines manifestations non somatiques du cadre de la névrose, la distinguant ainsi des états névrotiques avec manifestations psychologiques de type phobique appelés par beaucoup hystérie d'angoisse. Nous la définirons opérationnellement par ses aspects symptomatiques qui sont réunis entre eux par un mécanisme psychologique commun. Sur ce versant psychologique, il faut d'abord citer un peu paradoxalement la conception de BABINSKI. Pour cet auteur appartiennent à l'hystérie les phénomènes :

- qui sont curables par la suggestion
- qui peuvent être provoqués expérimentalement par la suggestion
- qui peuvent être simulés volontairement avec un aspect clinique identique.

BABINSKI a proposé le terme de pithiatisme pour souligner le rôle pathogénique fondamental pour lui de la suggestion ; toutes les manifestations n'ayant pas ces caractères ne faisaient pas partie du pithiatisme. C'étaient ou des troubles organiques, et ils appartenaient à la neurologie, ou des troubles émotionnels. Cette conception extrême est généralement abandonnée à l'heure actuelle sous cette forme. Elle a d'ailleurs été souvent mal interprétée et a conduit, en mettant l'accent exagérément sur un aspect psychologique de ces malades, à assimiler pratiquement l'hystérie à la simulation.

Nous distinguerons donc les manifestations somatiques de conversion et les structures psychiques et caractérielles des sujets.

a) Manifestations somatiques

On peut être amené à la suspecter devant certains débuts brusques et bruyants, tel qu'un lumbago qui immobilise d'une façon dramatique, et dans certaines circonstances particulières, un sujet jusque-là bien portant.

Le plus souvent d'ailleurs il existe "un point d'appel", un traumatisme minime ou une anomalie

ostéo-articulaire (ostéochondrite de quelques vertèbres, entorse ligamentaire, etc...) transitoire et sans grande importance.

C'est ainsi qu'on peut trouver des associations fonctionnelles multiples et protéiformes. Nous en retiendrons d'après notre expérience trois catégories le plus souvent rencontrées :

- des modifications statiques souvent spectaculaires, pouvant évoquer les spasmes de torsion au niveau du rachis lombaire, tous les degrés d'antéflexion, de rétroflexion ou de latéroflexion, justifiées par l'obligation d'une position antialgique ;
- des déviations du port de la tête, absolument semblables au torticollis spasmodique ;
- une rigidité de tout le corps, d'apparence extra-pyramidale.

Nous avons enregistré trois cas de camptocormie.

- Des phénomènes parétiques associés à la contracture douloureuse évoquent dans les cervicalgies

à côté d'une association cervico-brachialgique, ou d'un tableau trompeur de périarthrique scapulo-humérale, un syndrome radiculaire ou médullaire. Mais c'est aux membres inférieurs que nous avons observé le plus souvent des phénomènes parétiques et une impotence fonctionnelle.

- Une forme particulièrement fréquente est réalisée par l'astasia-abasie hystérique.

Il s'agit plus souvent de phénomènes parétiques que paralytiques. Ils peuvent revêtir toutes les topographies avec une majoration des aspects monoplé-
giques et paraplégiques.

Les tremblements peuvent revêtir tous les types, mais à un examen attentif ils ne simulent qu'imparfaitement les tremblements neurologiques.

Les anesthésies peuvent porter sur tous les modes de la sensibilité, mais elles se distinguent habituellement avec facilité des anesthésies neurologiques car elles ne respectent pas la topographie nerveuse.

Nous avons observé trois cas de convulsions et nous en rapportons une observation ; la forme mineure, "la crise de nerfs", est plus fréquente, les lipothymies également.

Des troubles sensoriels sont souvent mis sur le compte d'une pathologie cervicale.

Quant aux douleurs, elles peuvent présenter tous les caractères sur lesquels nous ne reviendrons pas avec peut-être ici une tendance plus grande à la diffusion et à un caractère erratique et intermittent. Elles peuvent réaliser le tableau de l'hypochondrie hystérique.

Pour fixer les idées sur la relative fréquence des différents symptômes de l'hystérie de conversion qu'on peut rencontrer, nous citerons quelques chiffres de la statistique la plus récente due à LJUNBERG portant sur 381 malades suédois :

- Astasie-abasie	62%
- Paralysies.....	12%
- Anesthésies	13%
- Tremblements	25%
- Convulsions	36%

Dans la pathologie dont nous nous occupons, seul le premier chiffre correspond à notre évaluation des troubles fonctionnels rencontrés, les deux suivants sont plus élevés et le dernier très nettement moindre.

b) Les caractéristiques psychiques

Le sexe

- Il s'agit le plus souvent du sexe féminin : c'est classique, mais la règle n'est pas rigoureuse.

L'âge

- Le maximum des manifestations se situe entre 20 ans et 30 ans, mais ce n'est qu'une estimation de fréquence.

Le niveau culturel

- C'est une réaction de type "primitif" qui survient de préférence chez des malades de niveau intellectuel relativement bas.

- Lorsqu'on examine le sujet on note une tendance au caractère spectaculaire de la souffrance.

Il a besoin d'être considéré comme un malade exceptionnel. Il a des douleurs atroces telles que personne n'en a jamais eues. Le théâtralisme outrancier est habituel. Il a une grande volonté qui lui permet de tenir malgré ses souffrances. Le sujet qui manifeste un grand besoin d'intérêt et de sollicitude joue la politique de la souffrance. L'expression spectaculaire des émotions, la recherche d'une atmosphère de drame, l'emploi d'un vocabulaire riche en superlatifs contrastent avec son absence d'émotion vraie et définissent "l'histrionisme".

Enfin il existe des particularités psychiques propres à la personnalité hystérique ; les plus remarquables sont :

- l'exaltation imaginative du type mythomane qui dérive probablement d'un trait fondamental, l'absence de pénétration psychologique envers soi-même et envers les autres.

L'aptitude de ces sujets à vivre dans une réalité fantasmatique qu'ils créent et dont ils se persuadent, vaut également pour leurs émotions.

- la suggestibilité (hystérie de culture en milieu hospitalier);

- l'absence habituelle de toute anxiété chez le malade qui contraste avec la gravité apparente des symptômes. C'est la "belle indifférence" de CHARCOT.

- la labilité émotionnelle ;

- l'égoïsme qui se manifeste dans une véritable possessivité affective (ces sujets font souvent des transferts massifs et immédiats sur la personne du psychothérapeute);

- la tendance à l'érotisation, c'est-à-dire à prêter une signification sexuelle à des objets ou des

situations qui en sont dépourvus s'accompagnant chez la femme d'une frigidité habituelle. L'histrionisme est également évident en ce domaine, il masque la frigidité et il est à l'origine d'un comportement de séduction.

- A ces caractères psychologiques s'ajoutent certaines manifestations somatiques qui témoignent de la facilité de dérivation somatique de l'angoisse comme le spasme oesophagien, l'abolition du réflexe nauséeux, la possibilité de provoquer une crise convulsive par compression des globes oculaires.

- Enfin l'arriération affective est quasi constante.

- On retrouve souvent dans les antécédents infantiles des situations de privation d'affection : mort d'un parent, lutte contre les parents, maladie prolongée de l'enfance, séparation, désintérêt des parents.

L'enquête découvre toujours un conflit affectif à l'origine de la maladie, conflit que le malade tente de résoudre par des manifestations corporelles, prêtant selon l'expression de J. DELAY, "la plasticité de son corps à ce langage corporel". Les causes psychologiques sont fondamentalement des situations pénibles pour le sujet auxquelles les manifestations de conversion permettent d'échapper.

Le diagnostic peut être compliqué par plusieurs ordres de faits :

a) l'hystérie peut être symptomatique d'une psychose et on sait que la schizophrénie débute fréquemment par des manifestations hystériques (formes pseudo-névrotiques).

b) Si la discrimination est déjà difficile entre certains états psychotiques et névrotiques, elle l'est au maximum lorsque la symptomatologie hystérique se surajoute à une affection organique qui peut constituer un point d'appel pour la conversion. Il faut savoir au-delà de la superstructure hystérique découvrir une lésion ou du moins un point d'appel et en apprécier l'importance et le rôle exact (OBS. I, II, III).

C'est ce problème que nous allons souligner dans un instant à propos du rapport de la tétanie constitutionnelle et de l'Hystérie, problème soulevé par l'Ecole de J. DELAY et KLOTZ, auquel nous apporterons une contribution de notre expérience personnelle.

Auparavant nous signalerons encore les difficultés occasionnées par la similitude extérieure entre Hystérie et Simulation (OBS. 4)

La similitude extérieure entre la symptoma-

tologie hystérique et la simulation est grande. La différence fondamentale réside en ce que le simulateur trompe, alors que l'hystérique se trompe lui-même en même temps qu'il nous trompe. Mais ce n'est qu'un examen psychologique approfondi qui peut révéler cette opposition, d'autant plus que l'utilisation par l'hystérique de ses symptômes en vue d'un bénéfice secondaire peut encore renforcer l'impression de simulation intéressée. Il faut savoir être prudent en ce domaine, d'autant que l'histrionisme de l'Hystérique déclenche habituellement chez le médecin non prévenu une attitude agressive envers son malade. L'analyse psychopathologique peut seule trancher le diagnostic si difficile "La limite précaire entre le conscient et l'inconscient reste la frontière idéale qui sépare la simulation de l'hystérie, mais les mensonges du corps participent habituellement de l'un et l'autre". (J. DELAY).

Evolution

Classiquement les manifestations de conversion sont facilement curables immédiatement, mais tendent à la récurrence à plus ou moins longue échéance.

LJUNGBERG pour des données d'observation de 1, 5, 10 et 15 ans, constate que les pourcentages suivants de malades présentent une persistance de leurs symptômes : 38% -

23% - 21% et 20%. Un malade sur cinq hospitalisés a donc des manifestations passant à la chronicité. Le pronostic est surtout mauvais lorsque le sujet présente avec évidence une personnalité hystérique telle que nous l'avons définie et lorsqu'il continue à tirer un bénéfice secondaire de son affection. Inversement, lorsque la personnalité est normale et que l'accident a été déclenché par un traumatisme psychologique violent le pronostic est généralement excellent.

Rappelons le danger de suicide qui ne doit pas être sous-estimé. Enfin les manifestations fonctionnelles de conversion, si elles se prolongent, peuvent conduire à des lésions organiques irréversibles (amyotrophie ou ankylose).

OBSERVATION I

Madame S....., 36 ans

Lombalgie hystérique

Familiarisée depuis longtemps avec les services médico-chirurgicaux, Madame S... est entrée récemment pour un symptôme nouveau dans un service de rhumatologie : lombalgie aussi déroutante par son imprécision clinique, la négativité de toutes les recherches, l'absence d'étiologie objective, et

enfin l'échec de toutes les tentatives thérapeutiques.

La malade

Cette petite femme, d'apparence frêle et menue, présente un profil d'adolescente attardée dans sa morphologie juvénile malgré de nombreux avatars pathologiques.

La tenacité de ses plaintes, de type hypochondriaque, parfois de l'agitation nocturne, quelques promesses solennelles de suicide indisposent et inquiètent le personnel hospitalier qui nous la confie bien volontiers. Derrière une apparence hostile et récriminative, nous sentons cependant l'intérêt et la curiosité que suscite pour elle ce nouveau genre d'examen ainsi que l'observateur qui l'écoute avec sympathie.

Abandonnée à l'âge de deux ans, successivement par le père alcoolique déchu de ses droits de paternité, et par la mère qui l'a confiée à l'Assistance Publique, elle sera prise en charge par un service de bienfaisance des Religieuses de la Charité où elle va apprendre le métier de la couture.

A 18 ans, elle croit devoir céder à une impérieuse vocation religieuse et elle choisit "un ordre pénitent" en commençant un noviciat de Carmélite. Elle a obéi, dit-elle, au devoir de racheter, sinon les fautes, du moins les défaillances de ses parents, bien qu'elle s'interdise de les condamner. Chaque fois qu'il est fait allusion au "destin" de sa mère, il s'en suit tantôt un mutisme, tantôt un paroxysme algique et émotionnel.

Mais la règle du Carmel fut trop dure autant pour sa délicate constitution que par l'impossibilité de convertir en sublimation religieuse de tumultueuses instances instinctivo-affectives.

A 21 ans, après un an de sortie du Carmel, se situe un premier mariage à l'occasion duquel va se révéler un trait d'infantilisme peu banal : quelques mois avant son mariage, alors qu'elle assiste à la toilette de son petit neveu âgé de 5 ans, l'aspect des organes génitaux du petit garçon est pour elle quasiment la révélation de la différenciation des sexes.

Nous n'insisterons pas sur l'échec rapide de ce premier mariage, d'autant plus prévisible que le conjoint est un déséquilibré, éthylique. Après la naissance

d'une fille, elle obtient le divorce et se retrouve chez sa soeur où elle exerce son métier de couturière dans des conditions matérielles à peu près décentes.

Quelques années plus tard commence la série des avatars somatiques :

C'est d'abord une métrite, compliquée peut-être d'un épisode de salpingo-ovarite sans qu'il soit possible de retrouver l'étiologie habituelle à ce genre d'affections : en tout cas, elle ne cessera dès lors de hanter les services de gynécologie, quêtant des interventions chirurgicales qui aboutiront à une hystéro-ovariectomie ... et même à une appendicectomie.

Aucune activité sexuelle jusqu'en 1948 - nombreuses velléités de retour au Carmel -, date à laquelle elle accepte de vivre en concubinage avec un homme de 12 ans plus âgé qu'elle et qui la prend en charge sous le signe d'un paternalisme affectueux. Mais, tout en reconnaissant les qualités morales et la bienveillance de cette figure paternelle, elle refuse toute relation sexuelle avec lui : vaginisme, crises de nerfs auxquels met fin le statut du "lit à part".

D'ailleurs, l'intercurrence d'une pleurésie tuberculeuse qui lui vaut une cure sanatoriale, légitime pour l'avenir ce statut conjugal.

L'épisode lombalgique est survenu à l'occasion d'un minime traumatisme et, depuis ce temps, les troubles n'ont fait que s'accroître :

- douleurs de plus en plus intolérables, mais mal définies, à type de pesanteur, de striction ;

- gêne à la marche ;

- parfois, accès de dyspnée par diffusion de la douleur au thorax et aux muscles intercostaux ;

- inflexion latérale du tronc ;

- enfin, aucun effet des antalgiques habituels.

Evidemment on n'a pas manqué, au cours des divers examens cliniques et paracliniques, de faire des

d'une fille, elle obtient le divorce et se retrouve chez sa soeur où elle exerce son métier de couturière dans des conditions matérielles à peu près décentes.

Quelques années plus tard commence la série des avatars somatiques :

C'est d'abord une métrite, compliquée peut-être d'un épisode de salpingo-ovarite sans qu'il soit possible de retrouver l'étiologie habituelle à ce genre d'affections : en tout cas, elle ne cessera dès lors de hanter les services de gynécologie, quêtant des interventions chirurgicales qui aboutiront à une hystéro-ovariectomie ... et même à une appendicectomie.

Aucune activité sexuelle jusqu'en 1948 - nombreuses velléités de retour au Carmel -, date à laquelle elle accepte de vivre en concubinage avec un homme de 12 ans plus âgé qu'elle et qui la prend en charge sous le signe d'un paternalisme affectueux. Mais, tout en reconnaissant les qualités morales et la bienveillance de cette figure paternelle, elle refuse toute relation sexuelle avec lui : vaginisme, crises de nerfs auxquels met fin le statut du "lit à part".

D'ailleurs, l'intercurrence d'une pleurésie tuberculeuse qui lui vaut une cure sanatoriale, légitime pour l'avenir ce statut conjugal.

L'épisode lombalgique est survenu à l'occasion d'un minime traumatisme et, depuis ce temps, les troubles n'ont fait que s'accroître :

- douleurs de plus en plus intolérables, mais mal définies, à type de pesanteur, de striction ;
- gêne à la marche ;
- parfois, accès de dyspnée par diffusion de la douleur au thorax et aux muscles intercostaux ;
- inflexion latérale du tronc ;
- enfin, aucun effet des antalgiques habituels.

Evidemment on n'a pas manqué, au cours des divers examens cliniques et paracliniques, de faire des

rapprochements entre les antécédents tuberculeux et la survenue de rachialgies, hypothèses auxquelles la malade prêtait toute sa complaisance mytho-maniaque.

Mais surtout, elle associe tous ces troubles à l'accident initial survenu dans la sphère pelvienne : "Mon corps est envahi de pus", et ce d'autant plus qu'elle a présenté une lymphangite du sein post-puerpérale et une furonculose prolongée. Il n'est pas difficile de percevoir la résonance masochiste d'une aptitude chirurgicale sous la forme d'une érotisation des services corporels : "On n'a qu'à m'ouvrir en bas, me curer tout cela, alors je serai guérie". Elle réclame, de la part du médecin, un examen physique appuyé, instrumental...

Au cours des entretiens ultérieurs, l'attachement massif à caractère érotique pour le médecin ne fait que confirmer les dispositions hystériques de cette personnalité ainsi que son comportement, à la fois agressif et avidement possessif. Il est inutile d'insister sur les processus auto-punitifs, les conduites d'échecs qui jalonnent son existence, sous-tendues par une forte culpabilité. L'échec des relations hétéro-sexuelles procède également du refus agressif et terriblement culpabilisé des figures parentales, qu'il s'agisse du premier mari, image du père indigne et brutal, ou du paternalisme amène du second, tout aussi inacceptable en dehors d'une relation à distance.

Traitement

Cette malade a fait l'objet d'une cure psychothérapique et la rapidité du nettoyage symptomatique pourrait apparaître "spectaculaire" si la précarité des résultats obtenus souvent dans de tels cas ne nous incitait à une réserve bien plus modeste.

Il est en effet relativement facile, chez de telles malades, du fait de leur transfert massif, d'obtenir "le décrochage" du symptôme de conversion. Mais

il s'agit ici d'un individu intelligent, très réceptif, chez qui le réinvestissement d'une énergie affective sur des thèmes personnels plus objectifs s'enrichit progressivement. Après quelques semaines de cure, elle a oublié sa douleur, son aspect général est devenu floride, son humeur euphorique, comme en témoignent une coquetterie jamais en défaut et une attitude de séduction de bon augure.

Le résultat n'en reste pas moins précaire car les difficultés d'adaptation sexuelle ne sont pas résolues ; le comportement reste très infantile et régressif. Vu cette fragilité, nous nous abstiendrons de toucher à des structures plus profondes, restant pour elle un objet gratifiant, assez satisfait de contrôler environ une fois par quinzaine la stabilité de ce "modus vivendi", exempt jusqu'à présent de nouveaux drames.

Une thérapeutique hormonale substitutive bien contrôlée, des neuroleptiques à dose ambulatoire (Lévopromazine) et tranquillisants prescrits successivement, permettent d'associer les effets de la psychopharmacologie et d'un traitement hormonal étiologique, à une relation psychothérapique de soutien.

Par ce moyen, cette malade a retrouvé un mode pragmatique d'existence sociale et familiale et

n'a pas présenté depuis deux ans de nouveaux symptômes.

OBSERVATION II

Mademoiselle H... Yvette, 27 ans (employée R.A.T.P.)

Lombo-sacralgie persistante post-sciatalgique sans cause décelable, accompagnée d'une légère impotence fonctionnelle de la jambe gauche.

Hystérie de conversion

La susceptibilité émotionnelle de cette malade, une timidité excessive pour son âge, une apparence délicate d'enfant choyée ne laisseraient pas supposer les difficultés de son enfance et l'expérience précoce d'une existence aux prises avec de rudes conditions matérielles.

Elle est la dernière d'une fratrie de cinq filles dont l'aînée est âgée de 14 ans de plus qu'elle. La mère est décédée depuis longtemps ; quant au père, éthylique, rejeté moralement depuis toujours par la famille, il a disparu depuis la mort de son épouse, épouse d'alcoolique typique semble-t-il.

Yvette est restée célibataire, vivant dans une chambre en dehors de toutes relations familiales depuis l'âge de 18 ans. Assurément intelligente et courageuse, elle a pu s'élever d'un emploi de poinçonneuse de tickets à la R.A.T.P. à celui d'employée de bureau, correspondant à un statut social nettement supérieur.

Lors de l'interrogatoire, elle manifeste une émotion considérable :

- troubles vasomoteurs intenses et sudoraux ;
- sécheresse de la bouche ;
- instabilité pupillaire ;
- accélération du pouls ;
- dermatographe auxquels s'ajoutent : un

spasme oesophagien, une hyperréflexivité tendineuse, un réflexe solaire positif et une inversion du réflexe oculo-cardiaque.

La patiente reconnaît que ce comportement hyperémotif lui cause beaucoup de difficultés dans la vie quotidienne ; inhibition de la mémoire, des phénomènes hypertoniques du type crampe des écrivains, accès de bégaiement. Nous n'insisterons pas sur la description de la constitution émotive de DUPRE que nous reconnaissons là : c'est le terrain électif de la névrose d'angoisse, des cénestopathies, des raptus anxieux...

Son existence est caractérisée par des comportements d'échec évidents, surtout dans le domaine de la sexualité : aventures épisodiques, une fausse-couche il y a deux ans. Elle désire pourtant parvenir à un statut conjugal et familial décent, mais avoue ne rencontrer que des partenaires fantaisistes ou incapables d'assumer un rôle décent de conjoint et de chef de famille. (Il n'est pas difficile, à ce propos, de lui faire évoquer la similitude de ces figures masculines avec l'image paternelle). Ainsi les troubles dont elle souffre actuellement lui fournissent un prétexte non seulement de s'abstenir de toute recherche amoureuse constructive mais aussi de dériver sur le symptôme qu'elle présente une angoisse exaspérée par la répression d'exigences instinctuelles, d'autant plus intolérables qu'elles sont surchargées de tout un passé de frustration accumulé depuis l'enfance.

Elle ne peut tolérer les relations d'amitié féminine - souvenirs pénibles de sa situation de cadette dans une communauté familiale de six femmes, mais aussi frustration de l'image paternelle : le père, nous l'avons vu, a réagi à sa manière à l'intolérance féminine...

Ce préambule n'a d'autre but que de situer un trouble somatique dans son contexte affectif. Cette malade se plaint en effet d'une douleur insolite et de troubles fonctionnels non moins aberrants par la topographie et par des caractères subjectifs qui leur confèrent la valeur d'une pérennisation d'un syndrome douloureux à point de départ organique : il s'agissait d'une sciatalgie banale dont il ne reste aucun signe objectif ; seul persiste un élément douloureux. Quand nous avons vu la malade pour la première fois, elle était affligée d'un lombostat que nous avons d'emblée supprimé, à sa grande

satisfaction d'être libérée de cette étreinte et de soutien factice... D'autre part, ce fut une excellente occasion de nous ménager sa confiance et d'obtenir un meilleur contact avec cette timide patiente dont, néanmoins, les soucis d'élégance complètent harmonieusement une certaine grâce physique. Malgré l'inhibition émotive et une sobriété verbale excessive, il est aisé de deviner, à côté d'une grande immaturité affective, une agressivité en réserve considérable qui ne demande qu'à s'écouler à un niveau infra-psychique sur un organe de choix : le point d'appel organique a fourni l'occasion d'une décharge tensionnelle que ne permettrait plus le blocage conflictuel d'une activité instinctivo-affective devenue incontrôlable et chargée d'angoisse.

Traitement et évolution

Vu le terrain hyperémotif et la disposition à présenter des réactions neuro-végétatives intenses, nous avons tenté d'abord une phénolisation du sphéno-palatin au terme d'un long entretien. Dans les jours qui ont suivi, nous avons noté une amélioration considérable : suppression de la gêne fonctionnelle du membre inférieur gauche, disparition de la tonalité affective de la douleur et il ne reste plus, en fait, qu'une légère contracture. A la faveur de cet avantage "de prestige", nous avons tenté une approche psycho-thérapique, visant dans une attitude permissive à libérer le dynamisme pulsionnel de la malade et à la détacher de préoccupations narcissiques pour l'amener progressivement à réinvestir des objets réels d'une affectivité de type adulte. Les résultats actuels, qui sont entièrement satisfaisants, nous permettent de penser que nous avons réussi à figurer

dans une bonne relation de transfert comme une image paternelle de réconfort et d'encouragement. Actuellement, une thérapeutique sédative banale, quelques entretiens espacés nous autorisent à confirmer le succès de notre entreprise.

OBSERVATION III

Monsieur D... Louis, 38 ans, travailleur du bâtiment

Lombalgie - sinistrose, simulation ⁺⁺ (?)

Monsieur D... est un vigoureux gaillard, du type sanguin, taillé pour les travaux de force, qu'il a d'ailleurs toujours effectués.

En congé de maladie depuis un an pour une douleur de la région lombo-sacrée, exagérée très inconstamment par la pression musculaire, non modifiée par la mobilisation du tronc, irradiant de façon très imprécise, tantôt dans l'aîne, tantôt dans la région fessière.

Le rachis est souple ; mais il existe une contracture anormale des masses sacro-lombaires, bilatérale cependant, alors que la douleur est latéralisée.

Enfin, les divers examens n'ont montré aucune cause décelable de ce trouble.

D'ailleurs, le comportement du patient, l'histoire de sa maladie, les circonstances actuelles de l'arrêt de travail, ne laissent guère de doute sur l'interprétation qu'il faut donner à cette symptomatologie douloureuse.

Le début a été brusque, au cours de la montée de l'escalier de son domicile, à la fin d'une journée de travail marquée par une vive altercation avec son chef de chantier. Il éprouve une sensation de blocage douloureux, ne rendant possible que la marche à quatre pattes ou autres attitudes fort pittoresques.

Les traitements usuels après examens cliniques et paracliniques dûment effectués n'ont modifié en rien son état, pas plus d'ailleurs que le port d'un lombostat pendant neuf mois.

Fait particulier : aggravation par l'immobilité, la station debout, assise ; par contre, sédation par la marche ou une activité autre que professionnelle.

Les rapports sexuels sont également un facteur aggravant. D'ailleurs, cet impulsif, apparemment vigoureux, avoue n'avoir jamais eu qu'une vie sexuelle restreinte qu'il croit devoir supprimer complètement du fait de son état, et cela lui est d'autant plus facile qu'il est marié à une femme réfractaire à la sexualité, qui ne le domine pas moins dans le cadre de la vie familiale.

Il a présenté, il y a cinq ans, un épisode analogue à celui-ci mais moins bruyant qui lui a valu un reclassement professionnel dans un travail moins pénible, bénéfice qu'il ne peut espérer cette fois, vu la saturation de la main-d'oeuvre.

D'autre part, il est logé par l'employeur, ce qui lui interdit d'autant une "velléité de fuite" de cette situation, vers un autre débouché professionnel.

Enfin, depuis quelques mois, une véritable épidémie de "hernies discales" a sévi dans l'entreprise, frappant notamment l'un de ses meilleurs amis, lui aussi mis au régime de longue maladie.

Caractère

Sujet très susceptible et méfiant, visiblement hostile à l'examen médical. Attitude obstinée, impérative à la fois : "guérissez-moi d'abord, je travaillerai ensuite". Aux tentatives d'approche de sa vie personnelle, ses troubles s'exaspèrent, sa colère monte, il se lève, rompt l'entretien et fait front à l'adversaire

supposé dans le médecin...

Une dose assez élevée d'amo-barbital sodique intraveineux n'a endormi qu'à peine sa vigilance, assez pourtant pour déclencher une brève explosion de révolte contre la servitude du métier, de la famille : "Si j'étais célibataire, ce ne serait encore rien ..." Mais il s'est vite ressaisi pour reprendre sa tension défensive : "Qu'est-ce que vous voulez savoir ? On ne me possède pas comme ça".

Toutes ces tentatives d'approche se sont heurtées à une barrière de rigidité que nous avons renoncé à forcer.

Conclusion

Il semble s'agir ici d'une association difficile à trancher d'éléments de sinistrose et de simulation sur un fond caractériel de psychorigidité et d'impulsivité, ne permettant pas un abord psychologique susceptible de suppléer à l'échec de la chimiothérapie ou d'en renforcer les effets, si celle-ci s'était révélée bénéfique.

+

+ +

Le problème des rapports entre tétanie et hystérie dans les Algies rachidiennes psychosomatiques et leur contexte somatofonctionnel et psychique

Nous avons maintes fois observé au cours d'essais thérapeutiques par réflexothérapie nasale (nous y reviendrons au chapitre de la thérapeutique à la fin de cette étude), entraînant chez certains sujets une violente abréaction émotionnelle, une hyperpnée prolongée et une phase d'angoisse passagère, l'apparition de signes fonctionnels de tétanie révélant un terrain spasmophilique ou des manifestations paroxystiques de crises d'hystérie :

Nous nous référons à un rapport récent de J. DELAY, P. KLOTZ, P. PICHOT, F. WEIL et J. PERSE, pour considérer cette question sous l'incidence de la pathologie que nous étudions.

Les auteurs cités établissent des rapports étroits entre tétanie chronique constitutionnelle et hystérie, tant en ce qui concerne les manifestations paroxystiques de ces entités cliniques que les traits caractéristiques de personnalité étudiés au test d'"IN-VENTAIRE de Personnalité multiphasique du Minnesota" (MMPI) des sujets présentant soit un terrain tétanique

(spasmophilie chronique de l'adulte), soit une personnalité de type hystérique. Ils admettent à l'origine des deux modes de réaction un certain type de dysfonctionnement nerveux des centres sous-corticaux.

Un nombre de malades trop élevé pour que le fait s'explique par une simple coïncidence, atteints de spasmophilie chronique, présentent des manifestations cliniquement très proches, sinon identiques à certaines de celles observées dans l'hystérie.

D'autre part, les sujets reconnus comme spasmophiles constitutionnels ont un profil psychologique au M.M.P.I. analogue à celui des malades chez lesquels on a diagnostiqué une hystérie de caractère.

Par contre, dans les crises tétaniques d'allure hystérique, il n'existe ni mythomanie, ni catharsis psychologique.

Enfin, on peut voir survenir des crises de tétanie au cours des traitements par neuroleptiques (BOREL, COIFFU et DECHOSAL, DE GENNES et BRICAIRE, SCHAEFFER). Une interprétation de ces phénomènes fait appel au rôle de structures ou fonctions nerveuses mises en jeu sur des modes différents. Le mode de réaction hystérique pourrait être dans les syndromes neurolep-

tiques provoqué par l'imprégnation médicamenteuse des régions basilaires cérébrales, dans la tétanie par une hyperexcitabilité primitive des mêmes régions.

Ph. DECOURT sans donner de précisions numériques estime que la fréquence avec laquelle on retrouve des signes de tétanie justifie leur recherche "chez les sujets présentant un déséquilibre nerveux à composante psychique étiqueté communément sous le terme vague d'état névropathique.

Il ne faut guère compter sur les critères de l'électromyographie. Th. ALAJOUANINE et coll. ont rapporté les résultats suivants : sur 104 malades examinés pour des manifestations névrotiques riches et variées ou des troubles fonctionnels divers sans avoir jamais présenté d'accès sensitivo-moteur caractérisé, 20% seulement présentaient des signes myoélectriques qui ont justifié le diagnostic de tétanie.

Deux éléments ont une valeur d'orientation : la forte prédilection pour le sexe féminin, l'âge des malades entre 15 et 45 ans, avec un maximum vers 30 ans, retrouvée dans les deux séries de sujets.

Les recherches au M.M.P.I. ont abouti au résultat suivant :

La comparaison du profil moyen de 20 malades pris dans un échantillon de 38 malades, afin d'éliminer les variations individuelles perturbatrices, met en évidence des ressemblances frappantes entre le profil moyen des tétaniques et celui des sujets à caractère hystérique. La seule différence importante porte sur l'amplitude des déviations beaucoup plus marquée dans le cas des hystériques que dans celui des tétaniques.

Cette analogie est remarquable au moins dans la perspective d'étude qu'offre le M.M.P.I.

Ces considérations ont d'autant plus d'intérêt dans le cadre de la pathologie rhumatismale psychosomatique que nous avons très souvent affaire à des femmes présentant des désordres endocriniens permanents soit fonctionnels, soit en rapport avec un substrat organique (du type hyperfolliculinique), soit consécutifs à des interventions de gynécologie chirurgicale, parfois itératives.

Si le traitement biologique de la tétanie n'est qu'inconstamment susceptible de juguler à lui seul les manifestations d'allure hystérique chez les spasmodiques, il faut en imputer le phénomène à une combinaison étiologique de facteurs biologiques et psychologi-

ques. Une thérapeutique à double intention renforcera les chances de succès.

Dans le doute nous utilisons nous-même, comme le préconise KLOTZ, conjointement à la psychothérapie, aux divers procédés de relaxation et aux "tranquillisants" le calcium par voie I.V. et le D.H.T. en tenant compte le plus possible des données individuelles des perturbations endocriniennes ; une hormonothérapie correctrice ou supplétive est essayée le plus souvent dans un but de freination hypophysaire et de régulation diencéphalique.

OBSERVATION (rapportée par P. KLOTZ et BCRENSTEIN) :

Mme R....., 27 ans

Hospitalisée pour des crises précédées par une forte céphalée occipitale, une sensation de fatigue dans la tête" "une boule à l'estomac qui remonte ensuite à la gorge". La malade doit alors s'allonger, sinon elle fait une chute et se débat. Elle dit ne se souvenir de rien après la chute. Mais l'observateur note à ce moment : un battement des paupières avec claquement des dents, puis les tremblements se généralisent à tout le corps. Après la crise, le réveil est lent et progressif. Il n'y a pas de désorientation ; la malade est très fatiguée, se plaint de céphalée occipitale, souvent il lui arrive d'avoir très soif et de pleurer, parfois elle s'endort.

Ces crises sont survenues, d'une part lors des trois grossesses de la malade, et ont disparu après l'accouchement ; d'autre part à l'occasion d'émotions vives : une crise lorsqu'elle apprend le décès de ses parents, au cours d'un bombardement, 4 crises lorsque son plus jeune enfant meurt d'une diphtérie ; enfin des crises réapparaissent lors d'un épisode d'entérocolite

qui avait précédé l'hospitalisation.

Le diagnostic de tétanie repose ici sur un signe de CHVOSTEK bilatéral ++ un signe de TROUSSEAU. L'hyperpnée entraîne l'apparition d'une rougeur du visage, d'une sensation vertigineuse, d'un engourdissement et de raideur au niveau des doigts tandis que le signe de chvostek se majore +++.

Aucun antécédent personnel ou familial.

La seule particularité psychologique apparue au cours de son séjour était une immaturité affective. Alors que le gardénal était resté sans effet, l'institution d'un traitement de la tétanie aboutit à une franche amélioration de la malade.

+

+ +

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme G.... , 48 ans

Suivie par son médecin traitant depuis quelques années pour des polyalgies rhumatismales à prédominance rachidienne, a présenté inopinément en 1960 une "Crise névropathique". Un bilan neurologique effectué à la Salpêtrière est resté négatif. 3 E.E.G. pratiqués à quelques mois d'intervalle, avec sensibilisation par l'épreuve d'enregistrement sous sommeil, (Mégimide), n'ont montré que des anomalies trop minimes pour retenir une présomption de comitialité". (prédominance diffuse de rythmes thêta aigus non retrouvée sur tous les tracés, une légère asymétrie des rythmes d'entraînement à la photo-sensibilisation). Un traitement anticomitial d'épreuve est cependant institué, compte tenu des antécédents familiaux : un fils de 19 ans atteint de grand Mal, une fille de 17 ans qui a présenté quelques pertes de connaissance et dont le tracé E.E.G. est subnormal.

Au cours de cette crise paroxystique on n'a observé :

- ni d'amnésie post-critique
- ni incontinence urinaire

.../...

- ni morsure de la langue
- ni de signes neurologiques post-critiques

Les crises tendent à se répéter selon un rythme cataménial, à la phase prémenstruelle.

La malade est vue à la consultation de Rhumatologie de LA PITIE pour un bilan rhumatologique en rapport avec des algies rachidiennes rebelles, dont l'intensité suit également un rythme cataménial, des acroparesthésies nocturnes, des gonalgies fugaces, une cervico-brachialgie de moindre importance. Les clichés radiologiques montrent une ostéoporose diffuse des corps vertébraux cervico-dorsale, une ostéophytose banale et un léger pincement des corps vertébraux L₄-L₅.

Les épreuves de Laboratoire sont normales. Traitée par l'iode, le soufre, des antalgiques, lévomépromazine à doses faibles (la malade est insomniaque), physiothérapie, massages, douches, etc....

On obtient ainsi une légère sédation des douleurs mises sur le compte d'une arthrose dégénérative et d'un état "neurotonique". Mais les crises névropathiques se répètent avec une fréquence accrue.

Les troubles caractériels d'origine très ancienne qui rendent difficile sa vie familiale nous amènent à voir cette malade. Un complément d'informations cliniques nous apprend qu'elle présente depuis quelques années des ménorragies qui vont en s'aggravant malgré une andro-génothérapie mensuelle.

On note un signe de CHVOSTEK ++ mais pas de signe de TROUSSEAU.

Un tracé électromyographique (Laboratoire de la Salpêtrière) ne montre aucune des anomalies caractéristiques de la tétanie. On donne néanmoins un traitement orienté dans ce sens. (gluconate de calcium, D.H.T., Thioridazine).

La malade présente un comportement hypomaniaque qui nous fait suspecter un arrière-fond maniaco-dépressif que pourrait confirmer un épisode dépressif remontant à dix ans. (Refus de soins à cette époque). L'enquête familiale confirme un comportement irascible et impulsif, une alternance de périodes d'aboulie et de suractivation dans les travaux ménagers.

On pratique quelques jours plus tard la manoeuvre classique de pression des globes oculaires (en décubitus) et on obtient rapidement une "crise névropathique" typique selon la forme "historique" décrite par CHARCOT :

- une période épileptoïde, tonique, suivie d'une phase de contorsions, avec une attitude du tronc en arc-de-cercle qui tend à se prolonger et qu'on abrège par une pression bilatérale de la région pelvienne correspondant "aux points ovariens".

Il n'y a pas eu à proprement parler de phase tonoclonique, on n'a pas noté de morsure de la langue ni de miction. Après une phase d'agitation désordonnée, avec visage vultueux, respiration bruyante, la malade s'enfonce dans un mutisme qui ne permet pas d'apprécier une conservation mnésique de la crise.

Quelques semaines plus tard la malade est hospitalisée à la suite d'une métrorragie dans un service de gynécologie. Le Dr. KLEIN porte le diagnostic d'hyperplasie glandulo-kystique.

Traitée par curetage de l'endomètre utérin et hormonothérapie, elle connaît une rémission de deux mois. Après quoi de nouvelles crises névropathiques surviennent dont nous sommes informés par la famille, les symptômes rhumatologiques étant passés à l'arrière-plan et l'altération du psychisme au premier.

A la suite d'une nouvelle métrorragie, elle entre dans une clinique où elle subit une hystérectomie.

Quelques mois plus tard, nous avons revu la malade avec un psychisme apparemment normal, satisfaisant pour l'entourage familial et débarrassée de ses préoccupations cénestopathiques dorso-lombaires.

"Tota mulier in utero"

2 - L'HYPPOCHONDRIE NEVROTIQUE

Elle occupe une très grande place dans le cadre étiologique des cénestopathies rachidiennes. Il est souvent difficile de la distinguer sous sa forme pure, des "manifestations hypochondriques" qui colorent si souvent la plupart des névroses psychosomatiques. Elle recouvre plus souvent que dans les autres névroses une variété et une diffusion de symptômes douloureux. Sa chronicité désespérante la rend particulièrement rebelle aux thérapeutiques tant psychologiques que psychopharmacologiques. Enfin très souvent ces malades allèguent un traumatisme, une cause professionnelle, ce qui étend le problème à des considérations médico-légales et c'est pourquoi ce chapitre nous conduira par une transition inévitable à celui encore plus délicat de la sinistrose.

On désigne sous le nom d'hypochondrie un syndrome caractérisé par une exagération des sensations cénesthésiques normales qui sont ressenties par le malade comme une hyperpathie en l'absence de toute cause organique décelable. (Nous verrons que ce dernier point demande beaucoup de circonspection dans le sujet qui nous occupe.)

Les cénestopathies de la névrose hypochondriaque à l'état pur ont une allure chronique et surviennent comme un élément primordial du tableau clinique sans être associés à un autre trouble mental, névrotique ou psychotique.

En réalité nous avons le plus souvent à faire à des manifestations hypochondriaques mixtes.

Les douleurs sont perçues spontanément par le sujet et acquièrent une qualité d'intensité qui bouleverse son existence. En général, elles sont diffuses. Lorsqu'elles prédominent sur l'axe rachidien, il est habituel qu'elles se détachent sur un fond de cénestopathies plus étendues.

Le névrotique hypochondriaque a un fond thymique dominé par l'anxiété, chez qui la douleur prend un caractère obsédant. C'est un anxieux. Il existe une véritable rumination, les assurances données par le médecin n'ayant tout au plus qu'une action transitoire et sont suivies de doutes renouvelés, attitude bien différente de celle de l'hystérique.

Chez l'hypochondriaque vrai, il n'existe pas de cause psychologique déclenchante et pas de bénéfice secondaire. Ses pérégrinations médicales hospitalières

ont habituellement pour effet d'ajouter de nouvelles sensations pénibles à celles qu'il espérait soulager.

Le diagnostic doit être porté en deux étapes:

a) La plus difficile consiste à distinguer une cénestopathie rachidienne essentielle d'une affection organique d'autant plus qu'une affection somatique peut avoir une surcharge hypochondriaque. Ici la collaboration du psychiâtre avec les médecins des autres spécialités et pas seulement avec le rhumatologue est une nécessité qui confirme ce que nous avons déjà dit à propos de l'activité et de la fonction du psychosomaticien. De son côté le rhumatologue, une fois le diagnostic bien établi, doit interrompre les examens supplémentaires qui, loin de rassurer le malade, ne peuvent que renforcer ses préoccupations.

Un problème particulier posé au psychiatre et au psychosomaticien dans un milieu rhumatologique tient au fait que beaucoup de cénestopathes dans le sexe féminin ont souvent des antécédents gynécologiques plus ou moins sérieux et que la rhumatologie fait une large place aux maladies professionnelles des travailleurs manuels et aux séquelles post-traumatiques.

Non moins important est le recrutement, dans

les consultations, des sportifs dont on sait l'importance dévolue à l'image de leur corps propre dans leurs préoccupations narcissiques.

Enfin c'est une spécialité qui interfère bien souvent avec la gériâtrîe et on sait aussi que le vieillard tend normalement à une certaine hypochondrie.

Nous prendrons pour exemple, vu la fréquence des cas rencontrés à notre consultation, les rachialgies chroniques incluses dans un contexte gynécologique et dont il faut discuter la nature essentiellement hypochondriaque.

PADOVANI et BACHET ont depuis longtemps souligné la proportion élevée d'interventions sur le petit bassin subies par ces sujets qui sont souvent des polyopérés.

- Une femme castrée peut développer de légers troubles métaboliques aboutissant aux ostéoses rachidiennes de castration de gravité variable (M. JAYLE, BRET, BARDIAUX).

- Les hystéropexies discales sans doute mal indiquées et exécutées sans les précautions minutieuses décrites par J. HUGUIER peuvent créer une quantité de

douleurs rachidiennes d'origine discale allant de la simple lombalgie aux sciatiques sévères avec discites et même ostéite vertébrale (H. ROBERT).

- Il existe un lot important de femmes opérées et réopérées de leur périnée, de leur rétroversion, de leurs ovaires pour une attribution viscérale abusive et qui continuent à souffrir du dos.

- Souvent les lombalgiques présentent des séquelles obstétricales : prolapsus, fibromes enclavés, surtout ceux développés sur les utérus basculés en arrière et où la symptomatologie est riche, tumeurs pelviennes passées inaperçues, etc...

- Les opérations mutilantes sur les organes génitaux fournissent un contingent élevé de Dorso-lombalgiques qui continuent à souffrir opiniâtrement et présentent la classique "neurasthénie sexuelle".

- Les algies des femmes ménopausées sont souvent aggravées par une posologie mal codifiée et peut-être insuffisamment connue des oestrogènes.

"Et lorsqu'on ne trouve rien, écrit H. ROBERT, et que nous ne savons pas soulager par nos thérapeutiques somatiques ce cortège de femmes qui se plaignent, c'est

l'abandon aux psychosomaticiens ou le refuge de la malade dans les bras accueillants des thérapeutiques non officielles et pas toujours inefficaces, et, à tout prendre, moins dangereuses, au terme d'une enquête sérieuse, que les gestes des chirurgiens affamés".

b) La seconde étape du diagnostic consiste à faire la part de la névrose hypochondriaque et des autres aspects de l'hypochondrie au sens large. La névrose pure est relativement rare, avons-nous dit.

Parmi les diagnostics à éliminer nous citerons : les manifestations hypochondriaques au cours de la névrose d'angoisse, de la névrose asthénique, de l'hystérie et de la névrose obsessionnelle. L'association de traits obsessionnels -(tendance à la rumination), fréquente dans la névrose hypochondriaque rend ce dernier diagnostic délicat.

Dans tous les cas, c'est l'analyse psychologique attentive qui montrera le caractère secondaire de l'hypochondrie, et la part des éléments névrotiques mixtes qu'elle recouvre.

Nous verrons le même problème se poser également au chapitre des psychoses.

Quant à l'authentique hypochondrie névrotique, elle est heureusement relativement rare et correspond à une personnalité psychopathique particulière, rebelle aux diverses thérapeutiques psychiatriques.

OBSERVATION V

Monsieur C.... Serge, 36 ans, chaudronnier à l'Assistance Publique.

Diagnostic : lombalgie psychalgique chez un hypochondriaque mineur à tendances phobiques très accusées ayant présenté un épisode de conversion hystérique.

Clinique

Absentéisme prolongé à la suite de trois épisodes pathologiques apparemment divers, mais reliés cependant par un air de famille.

- Pendant la guerre, à la suite d'un bombardement dont il n'a été que témoin, il présente une réaction d'hyperthyroïdisme, dont il persiste une légère exophtalmie résiduelle.

- En 1949, il contracte une spirochétose en rapport, selon lui, avec un bain de rivière au cours de vacances passées en Bretagne.

- En 1955, quelques jours après un bain de mer dans la même région, il présente brusquement un accident de type paraplégique précédé tout au plus de quelques paresthésies ; récupération en deux semaines à l'exception d'une gêne persistante de la jambe gauche. Bien entendu, tous les examens neurologiques successifs sont demeurés négatifs.

Enfin, le malade nous consulte pour une rachialgie basse à type de douleur sourde, variable avec les émotions, la fatigue et surtout le coït.

Enfin, ajoutons à ce cortège cénestopathique et fonctionnel la présence d'une colopathie spasmodique, un prurit anal chronique pour lequel les examens entérologiques et coprologiques ne fournissent aucune explication.

Une note dépressive nous donne le fil qui relie tous ces troubles à un psychisme dont voici les traits essentiels.

Il s'agit d'un anxieux depuis l'adolescence, sujet à de petits raptus anxieux avec manifestations phobiques variées.

Inhibition sexuelle, semi-impuissance qu'il impute à l'état maladif de sa femme, grande cénestopathe également, qui refuse d'avoir avec lui des rapports sexuels à la suite d'interventions gynécologiques réitérées. D'ailleurs, depuis son accident paralytique, au cours duquel "la moitié inférieure de son corps est devenue transitoirement insensible", il pense que l'abstinence est une mesure de prudence.

Enfin, réactions noso-phobiques oscillant de la hantise du cancer à celle de la syphilis ; il ébauche une théorie particulière sur les rapports de la glande thyroïde avec la genèse du cancer ...

Traitement

Nettement amélioré par un traitement chimiothérapique de son état dépressif et des séances d'entretien à visée psychothérapique sous la forme de relations destinées à satisfaire son besoin de soutien et de réassurance permanent.

Il a pu ainsi reprendre son emploi de chaudronnier à l'Assistance Publique ... jusqu'à la prochaine

défaillance.

Nous lui avons épargné au moins quelques
longs séjours hospitaliers, sans parler de l'absentéisme.

ALGIES RACHIDIENNES et SINISTROSE

=====

Ce que nous avons dit à propos de la distinction entre "sinistrose hystérique" et "sinistrose de simulation" n'a pas moins d'intérêt quand il s'agit de l'hypochondrie.

Dans le deuxième cas il s'agit simplement d'une simulation volontaire, dans le premier cas, le malade présente un état mental qui nécessite le concours d'un psychiatre pour en faire le diagnostic et en diriger le traitement.

Les douleurs apparaissent généralement après un traumatisme ou au cours d'un effort professionnel. Il y a ici des circonstances accidentelles.

Après l'épisode traumatique dont il faut essayer habilement d'évaluer le degré d'importance, malgré l'absence de tout signe objectif (en dehors d'une contracture lombaire souvent impressionnante par son intensité), le blessé continue à accuser les mêmes douleurs qui sont permanentes, excessives, arrachent des gémissements lors de la tentative de mobilisation ; le

blessé a l'impression d'être "disloqué", cassé en deux depuis son accident ; il réclame parfois avec insistance un appui pour sa colonne vertébrale sous forme d'un lombostat, parfois d'une greffe vertébrale, lorsque, au cours des divers examens subis on a évoqué devant lui cette possibilité thérapeutique.

La symptomatologie fonctionnelle varie d'ailleurs beaucoup avec le niveau mental du blessé et l'interprétation des clichés radiographiques dont il a pu avoir connaissance. Le blessé s'accroche à ces images, en grossit et en dénature l'importance ; il croit qu'on veut le frustrer de la "pension", à laquelle il a droit, surtout lorsqu'on essaie de ramener les images constatées à une appréciation objective ; au niveau du rachis lombo-sacré il s'agit souvent d'une banale anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée, d'une simple hypertrophie de l'apophyse transversale de L₅, sans qu'il y ait vraiment une néo-articulation transverso-sacrée, etc...

Autour de ces images et même en leur absence le blessé cristallise ses sensations douloureuses, qui apparaissent bientôt comme hors de proportion avec l'accident initial, souvent minime et remontant à plusieurs mois, parfois à plusieurs années.

La part de la majoration consciente et celle des éléments inconscients tenant à l'état psychique du sujet chez lequel le traumatisme a pu jouer un rôle "d'agression psychique" sont extrêmement difficiles à délimiter avec précision.

L'examen et le traitement de tels blessés nécessite la collaboration étroite d'un orthopédiste et d'un psychiatre. Comme l'a écrit excellemment J. GOSSET "faire la part réelle de l'étiologie névrotique et de l'étiologie organique n'est pas une des moindres difficultés de ces sortes de cas où ni la psychothérapie, ni la simple rééquilibration vertébrale ne peuvent donner d'amélioration si on les utilise séparément".

3 - LA PSYCHASTHENIE

On est le plus souvent amené à retenir ce diagnostic, en présence d'un état dépressif, à l'origine de cénestopathies rachidiennes, après élimination de la mélancolie véritable de la psychose maniaco-dépressive, tout en sachant que cette distinction est quelquefois délicate.

Elle se révèle souvent par un épisode aigu, tantôt un état dépressif primaire (le syndrome dit de la cinquantaine par ex.), tantôt et le plus souvent un état dépressif réactionnel survenant sur le terrain propice de la névrose d'angoisse et de la psychasthénie dont nous allons préciser les notions.

On sait que dans l'esprit de P. JANET ce dernier terme englobait aussi bien une névrose asthénique que les névroses d'angoisse, phobiques et obsessionnelles.

Il reste de cette conception aujourd'hui contestée des aspects cliniques de transition entre ces différentes névroses, ce qui va donner une certaine unité à divers chapitres étiologiques où nous nous efforçons

de classer les troubles psycho-somatiques de la pathologie rachidienne par rapport au contexte névrotique qui en est le vrai substrat.

BEARD, en 1869, décrivit sous le nom de neurasthénie une affection qu'il attribuait à "un appauvrissement des forces nerveuses", qui entraînait "épuiement, douleurs, irritabilité, caractère et sensations morbides". Le nom de WEIR MITCHELL est resté attaché à cette affection qu'il étudia. Puis l'Ecole de la Salpêtrière avec CHARCOT cherche à en préciser la symptomatologie en face de l'hystérie. La neurasthénie connut alors une extension considérable et excessive dont il subsiste des traces dans le langage populaire et qui, par son excès même, amena à son démembrement. FREUD en sépara la névrose d'angoisse. Au même moment, en France, JANET, mettant l'accent sur certains aspects psychologiques à la névrose créait la notion de psychasthénie. A l'heure actuelle on décrit dans le cadre des "névroses actuelles" la névrose asthénique, qui comprend d'une part les manifestations psychiques de la psychasthénie de JANET, d'autre part les manifestations somatiques de l'ancienne neurasthénie.

Les sujets psychoasthéniques sont aisément reconnaissables. L'abaissement du tonus physique et

intellectuel, l'augmentation de la réceptivité affective et la labilité affective dominent la scène. Cette asthénie est paradoxale par son absence très souvent de justification (ni surmenage, ni maladie asthénisante, intercurrente) et par son rythme (les sujets sont plus fatigués le matin que le soir, ils commencent à récupérer du tonus vers 5 heures de l'après-midi), par sa variabilité enfin d'un jour à l'autre.

La diminution des heures de sommeil aggrave considérablement tous les symptômes. Le psychasthénique sent habituellement la nécessité d'un sommeil prolongé. Les stimulants mineurs comme le thé et le café ont un effet très favorable sur les symptômes à l'opposé de ce qu'on observe dans la névrose d'angoisse.

Dans le domaine intellectuel, si l'intelligence est intacte, les sujets se plaignent de trous de mémoire, de difficultés de concentration.

Dans le domaine affectif, ils accusent une perte de l'élan vital, de la joie de vivre, se manifestant par un désintérêt des activités de luxe assez différent de l'optique foncièrement pessimiste de la mélancolie proprement dite.

Le comportement du psychasthénique a été bien décrit par MONTASSUT : "Il délaisse l'activité socia-

le par incertitude et résolution, mais surtout parce qu'il redoute les risques et s'affole devant les responsabilités. Il s'y décide contraint et forcé, parfois au cours de véritables impulsions qui contrastent avec les tergiversations antérieures et les regrets de s'y être engagé ... Il réussit mieux dans les activités spéculatives et les réalisations esthétiques que préparent ses ruminations et ses rêvasseries, sa sensibilité intuitive et déliée ou son imagination ardente et chimérique".

Le comportement sexuel porte la marque de l'asthénie (la masturbation, l'éjaculation précoce, l'impuissance complète souvent, avec les sentiments d'échec et de culpabilité qu'ils entraînent, viendront souvent majorer les répercussions psychosomatiques de l'asthénie elle-même).

La tendance aux idées dépressives vient aggraver un sentiment d'impuissance et d'insécurité donnant au psychasthénique une humeur dysphorique sinon franchement dépressive le conduisant parfois à un véritable apragmatisme.

Les phobies et les obsessions faisaient pour P. JANET partie de la psychasthénie. Aujourd'hui,

tout en reconnaissant la fréquence de l'apparition de syndromes obsessionnels dans la psychasthénie, on a tendance à séparer les deux types de manifestations. La psychasthénie peut se compliquer d'une superstructure psychonévrotique obsessionnelle, mais elle cesse alors d'être une psychasthénie vraie pour devenir une névrose obsessionnelle sur personnalité psychasthénique.

Le syndrome neurasthénique est majoré de manifestations somatiques et neurovégétatives qui sont souvent au premier plan du tableau.

Les troubles neurovégétatifs sont habituels. Le plus caractéristique est l'hypotension artérielle permanente, avec parfois tendance aux lipothymies et aux syncopes. Il existe une amphotonie prédominant sur le vague. Des manifestations digestives sont le plus souvent associées et au premier rang la colopathie spasmodique, un état dyspeptique, l'hépatisme de CHAUFFARD.

- Cette dystonie neurovégétative entretient chez ces malades une inquiétude hypochondriaque s'exprimant par une recherche obsédante d'une étiologie de leurs troubles.

- Les troubles sensoriels comprennent, outre les manifestations subjectives d'hypersensibilité à tous les stimuli, une asthénopie accommodative, une intolérance au bruit (c'est parmi ces sujets que se rencontrent le plus souvent les "inadaptés urbains").

Ici les troubles de la sensibilité générale sont caractéristiques et les rachialgies qui ne manquent guère d'être associées à ce syndrome constituent un des classiques "stigmates neurasthéniques".

Les céphalalgies sont particulières : il s'agit habituellement de paresthésies, souvent superficielles localisées au cuir chevelu, au niveau du vertex, accompagnées d'une sensation de "vide dans la tête", plus irritantes que véritablement douloureuses.

Quant à la fatigue musculaire générale, elle pourrait être objectivée par l'étude ergographique.

Les signes humoraux, très étudiés ont montré des perturbations électrolytiques.

La forme pure de la psychasthénie est une affection congénitale et chronique et on en retrouve souvent l'origine de ces troubles dans l'adolescence.

L'élément constitutionnel est fondamental

ainsi qu'y avait déjà insisté JANET et la morphologie du psychasthénique est généralement longiligne correspondant au type leptosome décrit par KRETSCHMER.

A côté de cette forme pure il existe des états psychasthéniques transitoires : on parle alors de neurasthénie acquise dont le type est la névrose d'épuisement décrite par BEARD.

OBSERVATION VI

Monsieur B...., 59 ans, chauffeur de camion, trente ans de métier.

Ce malade est un exemple du problème social de la gérontologie et plus particulièrement de l'hygiène mentale du vieux travailleur.

Epuisement physique et psychique surtout, entrant dans le cadre de ces états de neurasthénie sénile dits encore névrose d'épuisement.

Malgré la présence d'une arthrose vertébrale, un antécédent de périarthrite scapulo-humérale, le caractère cénestopathique des troubles est évident devant le cortège polyalgique qui les accompagne, fait de céphalées diffuses, craquements "sinistres", douleur du cuir chevelu, sensations de brûlure dans la nuque, de "tiraillement rétro-orbitaire". Il s'y ajoute des nausées, des tendances lipothymiques, des précordialgies à recrudescence matinale.

Par ailleurs, l'idéation est ralentie. Cauchemars nocturnes sans substrat éthylique à thèmes de catastrophes professionnelles.

Le malade n'est pas un simulateur : très conscient, il se refuse à continuer un métier pénible et dangereux à son âge, ce qui n'est nullement l'avis de son épouse...

ainsi qu'y avait déjà insisté JANET et la morphologie du psychasthénique est généralement longiligne correspondant au type leptosome décrit par KRETSCHMER.

A côté de cette forme pure il existe des états psychasthéniques transitoires : on parle alors de neurasthénie acquise dont le type est la névrose d'épuisement décrite par BEARD.

OBSERVATION VI

Monsieur B..., 59 ans, chauffeur de camion, trente ans de métier.

Ce malade est un exemple du problème social de la gérontologie et plus particulièrement de l'hygiène mentale du vieux travailleur.

Epuisement physique et psychique surtout, entrant dans le cadre de ces états de neurasthénie sénile dits encore névrose d'épuisement.

Malgré la présence d'une arthrose vertébrale, un antécédent de périarthrite scapulo-humérale, le caractère cénestopathique des troubles est évident devant le cortège polyalgique qui les accompagne, fait de céphalées diffuses, craquements "sinistres", douleur du cuir chevelu, sensations de brûlure dans la nuque, de "tiraillement rétro-orbitaire". Il s'y ajoute des nausées, des tendances lipothymiques, des précordialgies à recrudescence matinale.

Par ailleurs, l'idéation est ralentie. Cauchemars nocturnes sans substrat éthylique à thèmes de catastrophes professionnelles.

Le malade n'est pas un simulateur : très conscient, il se refuse à continuer un métier pénible et dangereux à son âge, ce qui n'est nullement l'avis de son épouse...

Mais l'insuffisance de la retraite de vieux travailleur qu'il peut espérer, les difficultés d'un reclassement quasi impossible à son âge sont autant de problèmes que la maladie seule peut résoudre en lui permettant le répit d'un repos hospitalier particulièrement apprécié en saison hivernale.

Conclusion

Neurasthénie d'épuisement chez un vieux travailleur qui pose un problème de gérontologie courante social autant que médical.

Cervicalgies et céphalalgies d'allure hypochondriaque dans un tableau général de cénestopathies polymorphes.

Un antécédent infectieux en particulier post-grippal en est souvent l'occasion déclenchante.

Il existe des formes cliniques symptomatiques, soit purement psychiques, soit, au contraire, avec prédominance des phénomènes somatiques du type de ceux que nous étudions qui peuvent en imposer pour une maladie physique.

Mais surtout la psychasthénie peut évoluer en se compliquant. Nous avons vu l'éventualité d'une névrose obsessionnelle, ce qui pour JANET était un fait habituel.

Des obsessions phobiques et impulsives viennent souvent s'ajouter à ce tableau et le modifier apparemment.

Mais l'éventualité la plus fréquente est l'apparition d'états dépressifs.

Il s'agit de dépressions réactionnelles ou névrotiques survenant souvent à la faveur du prése-nium ou de la sénilité. On parle alors de "syndrome dépressif de la cinquantaine" ou de "mélancolie d'in-volution".

Les troubles cénestopathiques, les attitudes à la fois psychologiques de démission et d'éreintement occupent le plus souvent le devant de la scène et les malades consultent le médecin aussi souvent pour des troubles physiques que leur état dépressif.

Cette poussée dépressive apparaît comme une exagération de l'état permanent du psychasthénique qui comprend un pessimisme fondamental.

OBSERVATION VII

Mme T.... Clémence, 53 ans

Cervico-céphalalgies intermittentes durant depuis plus

de 20 ans. Tremblement hystérique. Etat d'hypertonie musculaire caractérisé.

Syndrome dépressif survenu en décompensation d'une constitution psychasthénique anxieuse.

Clinique

Céphalées ayant débuté à l'âge de 30 ans, aggravées lors de la ménopause et s'étendant depuis quelques années à la région cervico-rachidienne.

La douleur est variable, erratique, mobile, sans gêne fonctionnelle. Elle prend souvent un caractère obsédant, immobilisant alors la malade ; elle irradie dans la région interscapulaire.

En 1944, à la suite d'une vive contrariété-pillage du mobilier - survient un tremblement de type sympathicotonique, variable selon les émotions et la fatigue, intéressant les membres supérieurs, à prédominance distale, et la nuque.

Un fils est atteint du même tremblement survenu quelques années plus tard et passé également à la chronicité.

Une tentative de traitement à Sainte-Anne n'a pas eu de suite par défaut de collaboration de la malade.

Examen

On est frappé par l'hypertonie généralisée de la malade qui présente une certaine résistance à la mobilisation passive sans qu'on puisse toutefois parler de contracture.

Aucun signe de la série extra-pyramidale.

Examen neurologique parfaitement normal.

Psychisme

Mère de 6 enfants, son hyperémotivité a été mise à dure épreuve vu le caractère impulsif et coléreux de son mari dont elle s'est toujours évertuée à amortir les effets du caractère sur les enfants.

Son passé ne lui fournit aucun élément de compensation affective solide : fille-mère à 23 ans, expulsée de sa famille en raison de ce forfait, elle a fourni ainsi à son despote de mari - quelque peu éthylique, mais non sans qualités reconnues - une occasion d'exiger une servitude en échange de son rôle de protecteur oppressif.

Fait assez remarquable : la verbalisation dans une attitude allongée en relaxation de cette situation de soumission passive, avec souvent décharge émotionnelle d'allure agressive, amène une atténuation transitoire mais nette de la contracture musculaire : la mobilisation passive des divers segments de membre et de la nuque en fin d'entretien devient à peu près normale.

A noter : des signes d'arthrose vertébrale banale.

Physiothérapie, anti-inflammatoires, antalgiques vainement essayés récemment.

Un traitement à visée anti-dépressive : Association Imipramine (posologie ambulatoire) "Dominal 100 à 150 mg pro die" ont permis dans les premiers temps un nettoyage de l'élément dépressif, dans un 2e temps, une mobilisation psychothérapeutique du fond anxieux et une atténuation très satisfaisante du syndrome pseudo-rhumatismal.

Le diagnostic dans les formes pures est facile. Mais de nombreux sujets présentent simultanément des éléments anxieux et asthéniques. On parle alors de névrose mixte, à symptômes psychoasthéniques et anxieux.

C'est ainsi qu'on peut voir assez souvent apparaître des pseudo-phobies chez les psychasthéniques et certains auteurs les décrivent même comme habituelles dans ces états.

D'autre part il existe des transitions insensibles entre les cénestopathies des neurasthéniques et les équivalents somatiques de l'angoisse. Ces dernières considérations nous amènent à envisager : les états d'anxiété et d'hyperémotivité.

4 - LES ETATS D'ANXIETE et d'HYPEREMOTIVITE

Ils constituent également un terrain propice aux algies rachidiennes.

Il s'agit le plus souvent de formes mineures ou d'équivalents de la névrose d'angoisse (la forme pure à symptomatologie complète en est rare). Ces divers équivalents somatiques peuvent être à l'origine de manifestations hypochondriaques, mais il n'y a pas d'élaboration psychologique et le sujet fixe son angoisse sur les manifestations somatiques de celle-ci.

On rencontre en général trois ordres de manifestations :

a) un déséquilibre neuro-végétatif offrant souvent un riche cortège symptomatique : troubles de l'équilibre à type de vertiges, des accès de suffocation, une instabilité du pouls, des troubles vaso-moteurs avec dermographisme (DUPRE).

b) des cénestopathies multiples : algies rachidiennes, céphalalgies, douleurs précordiales, viscéralgies abdominales ayant pu conduire à des interventions chirurgicales réitérées.

c) des raptus anxieux, des crises d'angoisse qui vont donner naissance à des manifestations phobiques ou plutôt pseudo-phobiques étiquetées "névrose de frayeur", hystérie d'angoisse.

Enfin inconstamment peuvent survenir des accès d'excitation ou de dépression, une inquiétude hypochondriaque des manifestations phobiques ou obsessionnelles, auxquelles nous allons maintenant faire la place qui leur convient en ayant en vue l'intérêt psychothérapique qu'elles présentent dans le contexte psychosomatique qui nous occupe.

En effet, la névrose d'angoisse peut faire le lit de la névrose phobique et ces deux variétés peuvent coexister chez le même malade.

5 - LES MANIFESTATIONS ET LES EQUIVALENTS PHOBQUES

FREUD qui a isolé la névrose phobique du cadre des phénomènes obsessionnels a proposé pour la désigner le terme "d'hystérie d'angoisse" pour souligner, d'une part que la structure psychologique de ces malades était celle des hystériques, mais que, d'autre part, le mécanisme psychonévrotique n'aboutissait pas à la conversion de l'angoisse en phénomènes somatiques, mais à sa fixation sur des objets et des situations.

Nous devons donc nous expliquer sur les dérogations si fréquentes à cette règle du mécanisme de conversion. Elle ne concerne que la phobie "stricto sensu" qui se définit comme une crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes un caractère dangereux, l'angoisse disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation.

En réalité les manifestations phobiques que nous découvrons dans les syndromes psychosomatiques en rhumatologie correspondent aux traits d'une structure caractérielle hystéro-phobique. On observe des "pseudo-phobies" appartenant à la névrose d'angoisse. Dans ce cas les situations déclenchantes sont

généralement - mais non toujours - différentes et surtout elles n'ont pas de signification psychologique. Lorsque la même situation déclenche suivant le sujet une phobie ou une pseudo-phobie, dans le premier cas ce sera à cause de la signification symbolique de cette situation, dans le second parce qu'il est associé avec une attaque d'angoisse antérieure.

Classiquement ces sujets présentent une "névrose actuelle" asthénique (pour JANET, la phobie se développe sur le terrain psychasthénique de même que l'obsession).

Dans la conception psychanalytique, la phobie est une manifestation de l'hystérie. On doit donc s'attendre à rencontrer chez un nombre important de ces malades une structure caractérielle hystérique.

Il est certain que "les névroses phobiques" présentent habituellement des traits de personnalité névrotique appartenant aux séries anxieuse, asthénique, hystérique, voire obsessionnelle.

Il existe ainsi de nombreux états névrotiques intermédiaires entre la névrose d'angoisse d'une part, la névrose phobique et l'hystérie de conversion de l'autre.

Habituellement ces états ont une évolution relativement favorable et c'est certainement le domaine où la psychothérapie trouve sa plus large indication.

OBSERVATION VIII

Madame C..., 40 ans

Cervico-céphalalgie survenue sur un fond d'hystérophobie post-émotionnelle.

Apparition il y a deux ans, d'une cervico-céphalalgie dans des conditions vécues dramatiquement par la malade.

Victime d'une agression de la part d'un inconnu qui tente de s'emparer de son argent, elle est saisie par la tête et projetée - sans traumatisme notable - contre la paroi du mur : cris de terreur, crise de nerfs suivie d'une paralysie du bras gauche, d'une fièvre à 39° qui persiste environ deux jours. Un médecin appelé d'urgence, inquiet de ce tableau, conseille une hospitalisation dans un service neurologique ... mais jamais ne se révélera l'hématome cérébral présumé.

Depuis cet incident sont apparues des pseudo-phobies associées à un état dépressif croissant, tableau rappelant "l'hystéro-traumatisme" de CHARCOT avec son délai de latence dit de "méditation" : - agora phobie (dans certaines conditions) ; peur de la foule ; accès de frayeur subite dans la rue ; impossibilité de passer à proximité des lieux de l'accident ; a dû changer de domicile ; toute situation même fictive, évocatrice de ces faits (spectacles, récit) déclenche les troubles et une exaspération des phénomènes somatiques : crise de tremblement ; enfin, insomnie, cauchemars.

Ce tableau s'est enrichi progressivement tandis que la malade était livrée aux pires conjectures neurologiques et aussi à des examens systématiques qui sont venus consolider cette structure névropathique pendant une durée d'environ deux ans.

Enfin, sa venue dans un service de rhumatologie pour céphalée occipito-nuchale, à topographie d'ailleurs variable, descendant vers l'épaule gauche - du côté de la paralysie transitoire -, sans douleur à la pression musculaire ni gêne fonctionnelle, a été pour nous l'occasion fortuite d'enregistrer ce cas.

La malade

Madame C... est une petite personne sémi-lante, accorte, très bavarde, un peu maniérée, qui excelle dans le commerce du tissu de fantaisie où elle a réalisé de "bonnes affaires".

Très gâtée par sa mère dans sa jeunesse, elle a gardé le goût des gâteries sous une forme apparemment altruiste : elle aime gratifier ses amis de ses libéralités afin d'être payée en retour des mêmes avantages car ce genre "de chouchoutage" répond à un certain mode de ses exigences affectives. Par contre, indifférente aux relations sexuelles, elle préfère la coquetterie et le jeu des apparences, ce qui lui a valu peut-être une déception lors de son premier mariage avec un émigré russe, brutal et fruste dans ses relations conjugales ; il lui a préféré une rivale moins belle qu'elle-même, sans fortune et même, ajoute-t-elle, de moeurs douteuses. Pourquoi ? Sans doute parce que celle-ci permet à l'homme la satisfaction d'une sensualité bestiale, conjecture d'ailleurs gratuite.

Son ressentiment à son endroit pérennise depuis des années dans un procès coûteux et d'autant plus déprimant que notre patiente apprécie absolument l'argent comme un symbole de protection douillette et un moyen de satisfaction de sa coquetterie.

Par ailleurs, une liaison avec un industriel quinquagénaire, possesseur d'une certaine fortune précise-t-elle, lui apporte un complément de souci. En effet, il résiste habilement et avec une calme indifférence à ses convoitises matérielles et aux sollicitations d'une sanction juridique de leurs liens, bien qu'une relation conjugale étroite ne soit pas de son goût et qu'elle préfère garder une certaine distance dans toutes ses relations affectives. Elle se heurte à un état de fait inéluctable : cet homme est marié à une femme internée à vie dans un Centre psychiatrique (Au cours de nos entretiens, la malade exprime souvent la crainte de la folie).

Ses rêves nocturnes traduisent fréquemment la tentation de richesses interdites et se terminent chaque fois par des réveils angoissés marqués par une recrudescence céphalalgique.

Evolution et traitement

Après une approche psychologique qui nous a permis de retracer l'histoire de la malade et d'identifier un profil de sa personnalité à travers la relation ainsi établie, nous avons pratiqué plusieurs séances de narco-analyse. La scène dramatique a été "mimée" et revécue sous narcose dans ses moindres détails, jusqu'à obtenir un déplacement de l'anxiété sur des affects à la fois plus profonds et en rapport avec les problèmes personnels de la malade qui ont fait l'objet d'une psychothérapie consécutive pendant un an.

La "fascination" du symptôme a pu ainsi être rejetée et effacée à peu près complètement ; les thèmes réels d'anxiété ont été envisagés. Actuellement, une amélioration du tonus de la malade lui a permis de reprendre son activité de séduction commerciale qui restera le style de ses relations humaines.

Des entretiens tous les 15 jours, le recours seulement à ce moment de tranquillisants ou neuroleptiques (lévompromazine 0,002 x 5) comme protecteurs éventuels d'une réactivité émotionnelle trop vive permettent le maintien d'un climat de sécurité sans état de dépendance trop accusée envers le thérapeute.

Conclusion et commentaires

Ce cas appelle un commentaire : il y avait des manifestations évidentes de conversion hystérique et en même temps des pseudo-phobies, terme sur lequel nous nous sommes expliqué au cours de l'exposé.

Ici la peur et ses équivalents symptomatiques

sont engendrés par un mécanisme d'association. La malade subit une attaque d'angoisse chaque fois qu'elle se trouve dans le même lieu où elle a éprouvé son attaque initiale d'angoisse ou dans des conditions qui lui font revivre la même situation : l'angoisse est ici un véritable réflexe conditionnel.

Dire que cette malade présentait une névrose d'angoisse, serait porter un diagnostic trop tranché et se fonder sur un préjugé fâcheux pour un abord thérapeutique car d'une part, elle présentait des traits d'une personnalité phobique qui auraient pu évoluer en névrose phobique vraie cristallisant des significations psychologiques anciennes et latentes, et, d'autre part, des traits hystériques - plus accusés semble-t-il - qui l'amenèrent à utiliser des mécanismes de conversion pour dériver son angoisse sur des équivalents somatiques de la névrose de même nom.

Nous avons là un exemple d'états intermédiaires si fréquents entre névrose d'angoisse, névrose phobique, hystérie de conversion. Enfin, le tableau se compliquait encore de tendances dépressives.

C'est dire l'importance d'un abord global et concret de l'être du sujet, sans préjugés de diag-

nostics psychiatriques qui sont loin de se superposer toujours avec l'orientation et les résultats thérapeutiques et sont surtout fonction de l'appréhension du moi du malade et de sa rencontre avec celui du thérapeute dans le champ de liberté où s'effectue un dialogue à tous les niveaux possibles mais imprévisibles au départ.

6 - LES TENDANCES OBSESSIONNELLES

Là encore, c'est surtout la personnalité obsessionnelle qui retiendra notre attention. Sous le nom de personnalité obsessionnelle ou anancastique (pour les psychanalystes le type sadique-anal) on a décrit une structure obsessionnelle psychopathique dont les traits les plus caractéristiques individualisent des sujets rigides, méticuleux, hyperconscienz, perfectomanes, vérificateurs...

Ils ont le goût poussé à l'excès de l'ordre, de la propreté, des classifications, de la parcimonie et de l'économie. Leurs dossiers médicaux sont complets et parfaitement classés ; tantôt ils expliquent eux-mêmes leur maladie avec une précision pédante, tantôt ils décrivent, papier en mains, tous leurs symptômes avec un luxe de détails et de précisions qui n'a d'égal que l'obstination qu'ils mettent à découvrir l'origine de leur maladie, ou la rumination mentale de leurs symptômes (le "signe du papier" de BABINSKI évoque la crainte obsédante de ces malades d'omettre le moindre détail de leur description symptomatique, des faits et des circonstances).

A l'opposé de l'hystérie qui est une "névrose

primitive", c'est une "névrose culturelle" correspondant à un niveau d'intellectualité généralement élevé avec une tournure abstraite de l'intelligence.

Nous avons vu que pour JANET la personnalité psychasthénique faisait le lit de la névrose obsessionnelle. Cette théorie n'est plus guère acceptée actuellement sous cette forme extrême d'autant plus qu'une névrose obsessionnelle peut se développer aussi sur une personnalité schizoïde. Il semble que la personnalité obsessionnelle puisse s'accompagner de quelques signes de névrose obsessionnelle, mais non d'une névrose bien développée comme si personnalité et névrose étaient des aboutissements d'une même étiologie et des mêmes mécanismes.

En pratique, les manifestations psychosomatiques que nous observons en rhumatologie sont en rapport avec une structure obsessionnelle et sont exclusivement cénestopathiques.

Leur fréquence est relativement moindre que dans les autres névroses, ce type névrotique ayant une tendance élective à se somatiser sur la musculature lisse, viscérale, les symptômes vaso-moteurs et neurovégétatifs.

On rencontrera chez ces personnalités davantage de céphalées que de cervicalgies, de viscéralgies, surtout abdominales, qu'une symptomatologie neuro-musculaire.

7 - LE CARACTERE PARANOÏAQUE

Nous ne quitterons pas cette revue à visée étiologique sans mentionner les incidences somatiques du caractère paranoïaque . Il concerne des sujets qui se présentent bien sous l'aspect d'anxieux, cénestopathes, mais chez eux la conviction de leur maladie est inébranlable et ils finissent plus ou moins par en rejeter la responsabilité sur le médecin.

Leur systématisation, leur fréquence, la rigidité de leur rationalisation hypochondriaque - toutes dispositions caractérielles qui ne sont pas sans analogie avec la personnalité obsessionnelle -, s'exprimant ici sur un mode introjectif, là sur un mode projectif - les rendent particulièrement redoutables.

OBSERVATION IX

Madame G....., 38 ans, employée à l'Assistance Publique.

Rachialgies cervicales au cours d'un état dépressif réactionnel survenant sur une personnalité psychopathique à tendances paranoïaques.

.../...

Clinique.

Douleurs tenaces et progressives du rachis cervico-dorsal dans une zone limitée allant du niveau de C 7 à celui de D 4 environ, et occupant la région interscapulaire. Elles n'entraînent pas de gêne fonctionnelle.

Le rachis est parfaitement souple.

La pression musculaire au niveau de l'insertion des trapèzes l'exacerbe vivement.

De plus, la malade se plaint de précordialgies ayant à peu près les mêmes caractères de gêne, de pesanteur, de striction. La malade exprime l'impression d'être accablée par un fardeau, "de porter une croix sur ses épaules".

Elle a dû cesser son emploi à l'Assistance Publique à cause d'un état de dépression survenu à la suite du décès successif, dans le délai de deux ans, d'un fils âgé de 5 ans et d'une fille de 14 ans et demi.

Examen clinique et paraclinique : néant.

La malade.

Mais l'histoire de cette malade est assez édifiante dans le sens d'un déséquilibre psychopathique.

Retirée de sa famille dès l'enfance, à cause de l'éthylisme du père et de la misère où végétait une fratrie de neuf enfants, elle a cependant vécu dans des conditions matérielles à peu près normales jusqu'à l'âge de 18 ans.

Mariée à l'âge de 23 ans, avec un éthylique dont elle a eu six enfants, à des intervalles très rapprochés, elle abandonne son mari après 11 ans d'une vie conjugale misérable. Mais le divorce demandé traîne en longueur à cause du séjour discontinu du conjoint dans des hôpitaux psychiatriques pour cure de désintoxication. Elle désire cependant se débarrasser de ce personnage qu'elle tient pour responsable de ses malheurs avec une conviction encore chancelante,

.../...

mais suffisante cependant pour révéler un système projectif de structure psychotique.

Des interprétations se dégagent d'un fond de perplexité : par exemple, elle s'interroge sur certaines coïncidences.

- L'enterrement de sa fille survenait exactement trois mois après la mort accidentelle, par asphyxie, d'une soeur et de deux neveux.

Le responsable pourrait bien être son mari, qui a reçu, semble-t-il, le pouvoir maléfique d'attirer le malheur sur les personnes qui sont l'objet de son intérêt, ce qui était le cas :

- de ses deux enfants,
- de sa belle-soeur et des deux neveux,

tous décédés.

- D'ailleurs, n'a-t-il pas occasionné la mort de sa mère, décédée à la suite d'un accident du post-partum ?

Il n'en faut pas davantage pour lui conférer des attributs démoniaques mais aussi pour voir se profiler chez notre malade un processus délirant qui pourrait bien se confirmer après nettoyage de l'état dépressif.

Enfin, après quelques réticences, nous parvenons à lui faire avouer qu'elle est hantée du désir profond de tuer l'homme qui irradie ce pouvoir maléfique. Pourtant, réflexion faite, elle préfère continuer à porter sa croix comme un pis-aller paraissant accorder une préférence au suicide sur le crime.

L'écrasement auto-agressif par "la croix" est peut-être d'un bon pronostic mais ne survivra pas à la cure de l'état dépressif. Il n'en est pas de même des dispositions paranoïaques de cette malade et le désordre somatique actuel pourrait bien n'être que l'étape ultime vers un virage franchement psychotique avec plusieurs modalités possibles de manifestations : soit un déchaînement agressif - dont le "persécuteur" risque de faire les frais, soit par des modalités intermédiaires du délire, un développement du système

.../...

des interprétations ou l'installation d'une conviction délirante serrée qui peut évoluer dangereusement sous le couvert de manifestations somatiques imprévisibles.

Conclusion.

Une surveillance psychiatrique s'impose : c'est dans ce sens que nous avons orienté la malade.

8 - LES PSYCHOSES

Nous serons brefs sur ce chapitre car elles ne relèvent pas de la pratique du psychosomaticien qui se contentera d'en faire le diagnostic psychiatrique et de prendre les dispositions qui s'imposent en liaison avec un service spécialisé. La fréquence des cas rencontrés dans un service de rhumatologie est le même que dans un service de médecine générale, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas rares.

a) De celles-ci la moins rare est certainement la dépression mélancolique.

Elle peut prendre souvent une apparence trompeuse ; en général, il s'agit d'une forme anxieuse qui se manifeste sous le masque d'une hypochondrie polymorphe et d'une symptomatologie hystéroïde. Mais la notion d'accès dépressifs de même nature dans les antécédents personnels ou même d'un accident du type maniaque, des idées d'auto-accusation, la douleur morale, permettent de penser qu'il ne s'agit pas d'un état dépressif banal ou réactionnel et de suspecter une psychose maniaco-dépressive.

.../...

Le traitement peut être effectué en dehors d'un service spécialisé, mais il exige l'hospitalisation du malade, et les soins vigilants du psychiatre attaché au service.

OBSERVATION X

Madame D....., 54 ans.

Mélancolie d'involution post-ménopausique à manifestations hyponchondriaques polymorphes et hystériques.

Lombalgie au premier plan d'un tableau de cénestopathies.

Parésie pithiatique du membre supérieur gauche.

Antécédents psychotiques personnels et familiaux, la malade ayant été traitée, il y a dix ans, pour un accès dépressif par sismothérapie. Hérédité maniaco-dépressive.

Clinique.

Depuis 1957, a fait le tour des services de gastro-entérologie, neurologie, rhumatologie, et ce n'est que devant une franche altération du psychisme qu'on songe à examiner cette malade sous l'angle psychiatrique.

.../...

A noter que la première fixation cénestopathique s'est faite sur le rachis lombo-sacré.

Nous la voyons dans un état d'anxiété très marqué, en proie à des polyalgies erratiques, diffusant à tout le corps, variables dans le temps.

Attitude penchée en avant, accablée, un peu soudée, jambe droite traînante.

Inhibition intellectuelle d'origine thymique sans rapport avec un affaiblissement démentiel.

Les cénestopathies s'étendent à la région abdominale, l'hypochondre droit notamment.

Chacun de ces éléments se détache tour à tour du tableau hypochondriaque.

Cette malade a déjà été traitée par sismothérapie, à la suite d'un raptus anxieux sur fond mélancolique, à l'âge de 40 ans.

Dans les antécédents familiaux, on trouve du côté de la mère un état dépressif avec manifestations cénestopathiques de même nature étiquetées rhumatisme chronique compatible, cependant, avec une longévité de 85 ans.

Traitement par électro-narcose et chimiothérapie antidépressive clinique (en milieu spécialisé) :

- très nette amélioration du psychisme
- disparition quasi complète du cortège cénestopathique et récupération fonctionnelle complète du bras gauche

Conclusion.

Ce cas nous paraît particulièrement intéressant du fait même que nous avons été amené à ce type d'orientation diagnostique et à cette sanction thérapeutique simple

.../...

et classique après deux ans de recherches cliniques et d'exams paracliniques systématiques auxquels l'accident pithiatique révélateur n'est sans doute pas étranger. (Une myélographie lipiodolée, bien sûr, mais aussi une encéphalographie gazeuse fractionnée ont été pratiquées durant les pérégrinations hospitalières de la malade, sans compter l'accumulation des thérapeutiques anti-inflammatoires et les vaines tentatives du côté de la physiothérapie).

b) Chez un sujet jeune des rachialgies accompagnées ou non d'un cortège hypochondriaque, peuvent être un élément symptomatique d'une schizophrénie au début. D'ailleurs on peut être amené à envisager ce diagnostic en présence d'une névrose hystérique phobique, obsessionnelle. Une bizarrerie du comportement, un état de perplexité ou d'indifférence affective, un autisme, des signes de dissociation, ne manqueront pas d'alerter l'attention du médecin

OBSERVATION XI

Monsieur B....., 28 ans, instituteur.

Rachialgies cervico-dorso-lombaires chez un
.../...

psychopathe à structure schizophrénique.

Ce sujet a présenté plusieurs épisodes dépressifs depuis son adolescence, traité sans doute par erreur diagnostique par sismothérapie ce qui n'a modifié en rien sa structure psychotique.

Mauvaise insertion sociale : passe par des phases d'aboulie et d'apragmatisme, d'où il ne sort que pour manifester un comportement bizarre, et même des impulsions violentes, parfois agressives envers ses proches mais plus souvent auto-agressives, ce qui lui a valu de nombreux accidents absurdes, d'ailleurs sans gravité jusqu'à présent : chute de bicyclette, accidents sportifs, sans rapport avec les troubles qu'il présente en ce moment. A l'âge de 18 ans, alors qu'il s'initie à la boxe, il reçoit un coup au plexus solaire, à la suite de quoi il se plaint d'une fatigabilité anormale, de troubles insolites, et ne sort plus dans la rue qu'appuyé sur une canne....

Il manifeste une jalousie agressive envers sa mère, à qui il reproche un deuxième mariage à la suite de la mort du père et aussi, rétrospectivement, une conduite conjugale indigne. Il est indigné des refus d'argent qu'elle lui oppose.

Rationalisme morbide à thème religieux, pédagogique, sexuel, etc....

Depuis un an, abstinence sexuelle bien qu'il soit marié, justifiée par un système complexe de ratiocinations.

Antécédents familiaux.

- Mère : tuberculose pulmonaire traitée.
- Père : décédé de tuberculose viscérale.

A l'examen : attitude de perplexité.

- On note une mimique un peu discordante.

.../...

Le sujet tient les yeux baissés, éprouvant une certaine difficulté à rassembler ses idées et à sortir de son introspection - léger autisme - bien différent de l'inhibition d'un simple état dépressif.

Les troubles somatiques, dont il n'est question qu'à la fin de l'interrogatoire, et qu'il semble avoir oubliés tout au long de la conversation, sont typiquement psychalgiques : très vagues, indéfinissables tant par leur topographie que par leurs caractères subjectifs. Il s'agit, là encore, d'un poids accablant sur le dos amenant une vague sensation de gêne, d'enraidissement.

Sensation "d'une vertèbre coincée qui s'interpose comme un corps étranger", interprétation sinistre de craquements que le malade tente vainement de nous faire entendre par des contorsions violentes du tronc, ce qui nous permet de vérifier suffisamment la parfaite mobilité rachidienne. Enfin, le malade déclare avoir été aggravé par des tentatives physiothérapiques.

A noter que ces troubles de survenue ancienne ont été transitoirement améliorés après chaque électrochoc.

Un fait à noter : il a passé son service militaire en grande partie dans les infirmeries et les hôpitaux de l'armée pour finir par être déclaré inapte à porter le sac et versé dans un service auxiliaire.

Conclusion.

Ce malade, que nous avons adressé à un service spécialisé de psychiatrie, est un exemple bien connu du polymorphisme cénestopathique très fréquent au début des psychoses dissociatives, la difficulté angoissante éprouvée par le sujet de conserver l'identification de son propre corps et la conscience de sa personne donnant aux symptômes

.../...

physiques le sens d'une ultime défense contre l'effondrement dans la dépersonnalisation.

c) L'hypochondrie délirante est assez pittoresque pour ne pas passer inaperçue.

Il faut savoir toutefois qu'elle peut être symptomatique d'une PG.

Enfin nous rappellerons que l'épileptique est souvent un grand hypochondriaque et présente facilement des crises intriquées hystéro-épileptiques, des cénestopathies localisées, des états de contracture musculaire, des dorso-lombalgies tenaces, des arthralgies fréquentes, des troubles fonctionnels sensitivo-moteurs dont le traitement est difficile dans le contexte neurologique et surtout social du sujet.

Nous ne saurions terminer cette revue nosologique sans parler d'une étiologie particulière qui a sa place légitime dans le cadre des névroses, tout en comportant des éléments de transition avec le chapitre suivant réservé à une approche psychodynamique des troubles de la personnalité.

.../...

LES TROUBLES SEXUELS

Ils sont de deux types :

1°) Les troubles sexuels à type de perversion

Certes les troubles sexuels ne manquent guère dans tous les états névrotiques, mais ici il s'agit d'anomalies assez spécifiques auxquelles il faut notamment penser en présence de certaines lombalgies : pratiques perverses en général très culpabilisées. De telles particularités seront recherchées avec tout le tact qu'impose ce genre d'enquête pour qu'elle soit révélatrice.

OBSERVATION XII

Monsieur G.... 61 ans.

Moulé frileusement dans une robe de chambre qui a dû être cossue, Monsieur G..... se présente à nous avec une onction assez maniérée, et un excès d'aménité. Le style n'est point cependant celui des maîtres, mais des serviteurs de grandes maisons, attachés à des traditions surannées. Tant d'obséquiosité, d'aménité jusque dans la voix mièvre et les gestes huilés nous intriguent d'emblée et la vue d'un bracelet finement ciselé auquel est appendue une médaille à l'effigie de la Vierge renforce notre étonnement.

.../...

Ce malade a dérouté les rhumatologues qu'il a consultés pour une douleur à type de coxopathie, unilatérale, irradiant dans l'aîne du même côté et pour laquelle on ne trouve aucune origine sérieuse malgré des examens pratiqués depuis un an environ.

Par ailleurs, une hémorragie rectale survenue au mois de Juin - mise sans conviction sur le compte d'une corticothérapie - a motivé une rectoscopie entre des mains compétentes : il n'existe aucune lésion décelable. Enfin, il s'est toujours beaucoup inquiété d'une constipation chronique, remontant à l'adolescence.

Examen.

Le malade vient de faire un incident lipothymique lorsqu'il se présente à nous. Il s'excuse avec beaucoup d'affectation d'une émotivité excessive et il paraît redouter notre présence et vouloir se ménager notre bienveillance sinon de l'attendrissement.

Il occupe une situation de valet de chambre depuis l'âge de vingt ans, mais précise-t-il, uniquement au service des "grandes familles", évoquant à ce propos des noms prestigieux de la société française la plus fortunée et la plus fièrement blasonnée. Les maîtresses de maison lui ont toujours témoigné une sollicitude particulière, mais, comme nous le verrons, celle-ci n'était pas exclusive. D'ailleurs, il a toujours aimé l'autorité des femmes ; enfant, il fuyait la compagnie des autres garçons dont il redoutait les jeux brutaux ; dans sa fratrie, il se repliait vers sa soeur, terrorisé par les allures trop sportives et combattives de son frère. En fait, dans toutes ces familles dont il a partagé un peu la vie intime, on le désignait par le nom d'Adrien et ce prénom lui vaut encore un titre professionnel. Ce statut social est presque l'effet d'une vocation, car n'ayant jamais eu le goût d'un métier, notre patient a toujours été attiré par le luxe des riches intérieurs et les belles manières qu'il prête encore à leurs occupants. (Une valvulite rhumatismale, dont on n'a pas retrouvé les traces, aurait incité ses parents, dès l'enfance, à ne pas insister pour qu'il choisisse une profession). D'autre part, il appartient, au moins par sa mère, à une famille noble déchue de son rang social, qui compte encore un dignitaire de l'Eglise et un professeur de théologie.

.../...

Pure coïncidence cependant, si Adrien eut sa première expérience homo-sexuelle avec un prêtre, à l'âge de vingt ans, qu'il subit, dit-il, tant par contrainte que par la vertu d'exorcisme qu'il attachait à l'habit ecclésiastique. Mais, une fois franchi le seuil de Sodome, il va "laïciser" ses pratiques dont le récit timoré, nous fait parcourir un univers proustien, - du côté du Baron Charlus - où l'homo-sexualité la plus classique s'agrémente souvent d'autres pratiques perverses. En effet, Adrien, qui est un serviteur discret, devient aussi témoin et complice zélé de réunions "privées" où la toxicomanie s'agrémente de fantaisies érotiques diverses.

Son épouse, exerçait parallèlement à lui des fonctions ancillaires et il avoue n'avoir jamais consommé son mariage avec elle, cette attitude conjugale procédant d'ailleurs d'un commun accord.

Actuellement, il est préoccupé d'idées hypochondriaques, de thèmes nosophobiques, notamment crainte de la syphilis - menace objectivement écartée par les renseignements de la sérologie -.

Il se plaint de douleurs à l'aîne droite, consécutives à une urographie,

de brûlures urétrales lors de la miction.

Mais surtout, il y a un an, époque qui coïncidait avec une recrudescence de ses habitudes particulières, est apparu un groupe de symptômes:

- orchi-épididymite sans cause apparente,
- rectorragies isolées
- douleurs au niveau de la hanche

En fait, il semble très déprimé, et éprouve actuellement un dégoût certain à poursuivre ses habitudes homo-sexuelles dont il s'abstient d'ailleurs depuis plusieurs mois, malgré les pressantes sollicitations d'un partenaire qui a été longtemps son protecteur. Il n'aspire qu'à renoncer à ses pratiques avec une note certaine de culpabilité rétrospective.

.../...

Mais, d'un autre côté, ce sujet pusillanime et paresseux réclame une assistance de type familial sur un mode de dépendance à la fois affective et matérielle. S'il consent à travailler, ce ne sera que conformément à ses exigences personnelles : au service d'une maison bourgeoise pour s'occuper de l'entretien du linge ; cuisinier ou valet de chambre pour un homme seul ; service de réception chez un médecin - c'était son dernier emploi.

Enfin, il subit encore l'attraction du luxe, du mobilier somptueux, des fleurs artistement disposées, et il craint de ne pouvoir en soutenir la nostalgie En fait, il n'a guère envie de travailler et son goût de servitude passive est en conflit avec un désir, certes sincère, de changer ses mœurs et son mode d'existence.

En attendant, il s'accommoderait fort bien du séjour à l'hôpital, malgré un décor moins brillant que celui de ses rêves, au moins pendant la durée de l'hiver, pour peu qu'on veuille bien le transférer de la salle commune dans une chambre et lui ôter la présence de ses voisins nord-africains dont le comportement offense son goût de l'ordre et du calme

En résumé, chez un homo-sexuel - repentant sous le poids des ans -, apparition d'une rachialgie de nature psycho-somatique sans point d'appel notable, au milieu d'un cortège de cénestopathies diverses et de plaintes hypochondriaques. Il s'y ajoute les incidences d'une situation sociale particulière en rapport avec son parasitisme assez spécial qui fait actuellement de ce sujet un doux et insidieux revendicateur.

Conclusion.

Aucune thérapeutique n'a été entreprise, l'hospitalisation étant, provisoirement, pour ce malade, ressentie comme une gratification suffisante pour atténuer au moins la tonalité subjective de ses troubles : couché, il ne souffre plus.

.../...

2°) Les troubles sexuels chez l'homme liés
à une déficience génitale.

Ils posent un problème psychosomatique fréquent en rhumatologie.

L' âge : surtout le présénium, la sénilité, mais aussi au milieu de l'âge adulte.

Ces malades qui ont souvent consulté un urologiste allèguent très souvent une superposition de l'organe déficient et du trouble fonctionnel. Mais l'allégation quand ils consultent un rhumatologue est à thème cénestopathique et fonctionnel et concerne presque toujours le rachis lombaire.

Dans la majorité des cas, les motifs plus subtils d'une situation conflictuelle à découvrir, permettent d'écarter cet alibi somatique. Après avoir éliminé les causes neurologiques, endocriniennes, dégénératives traumatiques ou les séquelles infectieuses pouvant être à l'origine d'une "impotentia" on s'oriente vers les facteurs psychiques d'une inhibition de la "libido".

On est amené à constater :

.../...

- des troubles de l'érection abolie ou seulement incomplète, élective pour une partenaire donnée, ou généralisée, soit d'apparition brusque, soit, plus souvent d'installation progressive.

- des troubles de l'éjaculation : le plus fréquent est "l'éjaculatio precox". Nous signalons à ce propos une médication qui nous a donné d'excellents résultats "l'Isocarboxazide". A côté de son effet thymoleptique, il semble exercer un effet freinateur sur le réflexe médullaire administré à une posologie ambulatoire et prolongée, même en l'absence de toute psychothérapie. Par contre son effet bénéfique cesse avec la suppression du médicament.

L'emploi des androgènes chez un sujet jeune est contre-indiqué sans les précautions préalables d'un bilan clinique et hormonal précis. Outre qu'il est arbitraire, il peut être dangereux, un excès d'imprégnation androgénique pouvant troubler le fonctionnement testiculaire et les corrélations inter-endocriniennes. Son inefficacité habituelle n'est pas le moindre danger, l'échec thérapeutique aggravant la consternation du malade et redoublant son angoisse d'incurabilité.

.../...

Des doses modérées, en prévenant le malade qu'il s'agit d'une thérapeutique générale qui ne vise pas spécialement son trouble sexuel doivent être réservées à certaines déficiences récentes et passagères de sujets déprimés et pas trop anxieux. Cette médication ne retrouve sa pleine indication que dans les petits états dépressifs du présénium ou de la sénilité par son action tonique générale.

- Les abus sexuels :

Ils sont évoqués en général au passé, ce qui permet d'en apprécier la résonnance affective. Il s'agit le plus souvent de petits cyclothymiques chez lesquels une hypomanie s'est accompagnée d'une hyperactivité sexuelle qui s'est inversée. Au moment de la phase dépressive le souvenir d'une excessive euphorie apporte un aliment supplémentaire de douleur morale.

- Les déficiences préséniles ou séniles.

C'est le problème psychologique délicat de la sénescence. Mais là encore il faut aller au-delà des allégations du malade.

En contre-partie, le "démon de l'après-midi" apporte sa contribution de facteurs psychologiques dont les

.../...

plus fréquents sont :

- la rupture d'équilibre conjugal
- l'identification symbolique de l'andropause à la ménopause.
- parfois la hantise du prostatisme comme conséquence d'une activité génitale.

Enfin il faut rappeler la fréquente association d'un état psychoasthénique, d'une déficience sexuelle, bien que la valeur primordiale donnée au déficit génital donne un sens particulier à la personnalité du sujet et commande, là encore, un examen psychosomatique attentif.

OBSERVATION

Nous citerons l'exemple de ce vigoureux rabbin sexagénaire, père de 8 enfants, qui vivait seul avec la plus jeune de ses filles, non mariée, depuis son veuvage qui remontait à 8 mois.

Il avait consulté dans différents services de neurologie et de rhumatologie pour des rachialgies diffuses, une asthénie croissante, une anesthésie " en raquette" dans le territoire des deux fémoro-cutanés, bilatéralité qui obéit à la loi diagnostique du tout ou rien.

Le bilan neurologique (Service du Prof.GARCIN) était resté entièrement négatif.

.../...

Les clichés radiologiques montraient une ostéophytose de compression banale, mais aucune anomalie des disques ou des corps vertébraux et rien dans les clichés du bassin ne pouvait faire soupçonner un syndrome radiculaire. Non plus que l'examen clinique, le résultat des recherches paracliniques ne fournissaient la preuve de l'asthénie et il nous fallut confirmer l'hypothèse de son origine dans un état dépressif et ses composantes affectives éventuelles. Un problème conflictuel aigu fut rapidement mis à jour chez cet homme intelligent, honnête et franc.

D'une part, il est las de 30 ans de sacerdoce dans la communauté israélite de Sidi-Bel-Abbès.

Enfin sollicité discrètement, il en vient au fait crucial. Ce vigoureux sexagénaire dont la carrure évoque les virils prophètes bibliques supporte très mal la contrainte de l'abstinence. Il semble bien qu'il ait un peu dérogé à la Loi qui lui prescrit le délai d'abstention d'un an avant de convoler de nouveau en de justes noces. D'autre part, il est devenu fort jaloux de sa fille de 18 ans : nous préférons glisser croyant deviner dans le fond de son âme, une forme de péché resté intentionnel, mais non moins bouleversant dans les profondeurs subconscientes du sujet.

Une forte réaction émotive s'ensuit et le malade paraît frappé du rapprochement de ses troubles physiques et de ses difficultés affectives. Convaincu par nos soins de la bénignité de ses petites anomalies rhumatologiques et comprenant en même temps que "les maladies sont aussi des affections", et réassuré dans son intégrité physique, il a retrouvé rapidement son élan dynamique pour envisager au plus vite une réorganisation de son existence dans des dispositions sereines, selon ses exigences physiologiques, morales et religieuses.

Bien que nous ne l'ayons pas suivi longtemps, la transformation de son psychisme par une invigoration a minima laisse présumer une réintégration dans sa forte personnalité et son équilibre physique.

.../...

Les antécédents de maladies vénériennes :

La crainte de complications tardives ou de tares reportées sur la descendance peuvent fixer l'attention d'une personnalité anxieuse à tendance obsessionnelle ou nosophobique sur l'organe incriminé et grever l'activité génitale ultérieure d'une inhibition difficile à guérir.

- L'Asthénie dépressive

D'une façon générale le facteur le plus souvent rencontré est l'épuisement nerveux dû à l'accumulation de soucis, d'une tension jamais relâchée, de l'angoisse devant l'insécurité matérielle, à presque tous les niveaux sociaux, depuis l'insécurité de la condition prolétarienne jusqu'au "surmenage des dirigeants".

A ces malades convient parfois la réflexothérapie endo-nasale (méthode de BONNIER) conseillée par PALLAZOLI dont nous parlerons ultérieurement ; les ultrasons sur la région périnéale, méthode pratiquée par ATTAL dans le service du Prof. ABCULKER.

Mais la réflexothérapie ne saurait être, comme d'ailleurs la chimiothérapie, et encore davantage, que le temps préliminaire d'une approche du malade dans l'intimité de ses problèmes.

.../...

On voit souvent après le dépistage d'une déficience génitale que l'homme avait reléguée à l'arrière-plan d'une cénestopathie, une sédation de cette dernière.

Il est très important de saisir l'occasion de cette migration et d'une mutation des symptômes pour entrer dans la personnalité du sujet, et atteindre des niveaux perceptifs profonds de son angoisse et lui en fournir un mode verbal d'expression, sans attendre que l'un des deux symptômes ne vienne prendre le relais de l'autre à la première place ou se situer avec lui sur un même plan de valorisation symbolique.

3°) La masturbation :

Incidence fréquente sur la lombalgie des jeunes.

OBSERVATION :

Melle D..... 23 ans.

Professeur de gymnastique, vient consulter pour une lombosacralgie ancienne avec de fréquents épisodes aigus de lumbago sur un fond douloureux continu. Il existe des troubles de la marche intermittents, du type astaso-abasique mis sur le compte d'une sciatalgie "à bascule".

.../...

L'examen complet du Dr. DURUPT demeure entièrement négatif (On notait dans les antécédents un épisode de coccygodynie).

L'absentéisme de la malade faisait envisager le pire pour son avenir professionnel.

Au cours d'une séance de narcose, nous découvrons des habitudes onanistes remontant à l'âge de 13 ans et très culpabilisées sous l'effet de tabous moraux et religieux.

La malade n'a jamais eu d'expériences hétéro-ou homo-sexuelles.

Une brève psychothérapie a révélé une immaturité affective profonde et un narcissisme sublimé dans des satisfactions esthétiques électives pour les jeux d'expression corporelle et le culturisme physique qui fut à l'origine de sa vocation professionnelle.

Les habitudes masturbatoires ont cédé à une psychothérapie à la fois déculpabilisante et inductrice dans le sens d'une ouverture sur un comportement hétérosexuel, compatible avec les exigences morales et les convenances sociales du sujet.

La suppression du symptôme pseudo-rhumatismal a été la première observée et totale.

Mais la patiente après nous avoir quitté s'est confiée de son propre gré à un psychothérapeute adlérien.

Une autre incidence de la masturbation est à noter dans les déficiences définitives. Ces sujets trouvent parfois dans l'évocation culpabilisée de leurs "pratiques honteuses" un alibi à leur inhibition, une difficulté légitimée à retrouver une sexualité normale et des motifs d'angoisse résurgents lors de tentatives de rapports sexuels.

.../...

APPROCHE PSYCHO-DYNAMIQUE DES ALGIES VERTEBRALES

et

D'UNE PATHOLOGIE FONCTIONNELLE DU RACHIS

Hormis l'Hystérie de conversion, nous venons de voir la difficulté de superposer des manifestations sympptomatiques sur une névrose standard ou une entité psychiatrique bien définie. Il s'agit, le plus souvent, d'états névrotiques mixtes, de formes intermédiaires plutôt que de névroses typiques et les cas observés les plus nombreux représentent des traits de telle ou telle personnalité névrotique, un rapport entre des symptômes physiques et des tendances obsessionnelles, phobiques, hystériques, des manifestations hypochondriaques, une structure paranoïaque, etc....

Il est des cas - et ils ne sont pas les moins nombreux - où aucune étiquette psychiatrique ne saurait convenir pour classer ces sujets souffrant d'algies rachidiennes associées ou non à des troubles fonctionnels.

.../...

On dira qu'il s'agit d'un trouble psychosomatique lorsqu'il sera possible d'établir une relation précise entre une situation conflictuelle du malade, des dispositions particulières de sa personnalité et sa maladie.

Le problème est ici de rechercher les facteurs psychiques et structuraux susceptibles d'expliquer les symptômes.

Le concept psychosomatique né du développement de la psychologie dynamique à partir des études dont FREUD fut le pionnier met l'accent sur l'unité plutôt que sur la dichotomie de termes signifiant, d'un point de vue unitaire organismique, que des troubles somatiques peuvent être conditionnés, tant dans leur genèse que leur évolution par une énergétique défectueuse des états mentaux et émotionnels sans la participation consciente de l'individu.

Selon FREUD, l'homme serait un " transformateur d'énergie" tant à travers les processus généraux de la vie cellulaire que dans les processus mentaux. L'énergie contenue dans une tendance psychique, subirait, dans certaines conditions conflictuelles, une transformation dynamique dont l'angoisse est le témoin et se traduirait par des symptômes physiques ou mentaux, et souvent les deux à la fois.

.../...

Ainsi l'algie rachidienne psychosomatique et les troubles fonctionnels qui peuvent l'accompagner seraient l'expression corporelle d'un état d'angoisse en rapport avec une situation conflictuelle qui peut d'ailleurs passer inaperçue du sujet, sa souffrance signifiant essentiellement l'adhésion globale et massive de ses dispositions affectives et perceptives profondes à un signe particulier dans une partie de son corps et en même temps une certaine manière de ressentir son existence corporelle dans le monde.

Cela nous entraîne, à la suite de nombreux travaux modernes et de prospections dans le domaine des approches et des controverses de la médecine psychosomatique, à une certaine conception des mécanismes de la maladie, et surtout à une modalité d'appréhension particulière de la personnalité des malades. Si l'unité psychosomatique est fondée sur cette constatation que les processus dynamiques des divers états de conscience sont inséparables de leurs interactions avec tous les processus corporels, cette unité, en tant que concept généralisateur ne peut être appliquée opérationnellement que durant le stade prédifférencié de maturation ou dé-différencié de régression pathologique.

.../...

L'axe rachidien surtout à l'endroit des "charnières" occipito-cervico-dorsales et lombo-sacrées est investi normalement, sans doute dans la préconscience d'une situation phylogénétique unique, de significations inconscientes, de schémas d'attitude qui servent à notre vie de relation.

La station debout, les modalités anthropologiques de la vie de relation qu'elle conditionne, confèrent à l'axe vertébral la signification secrète d'une autonomie spécifique dans le monde, une qualité unique " d'hominisation" et des correspondances secrètes avec des attitudes d'affirmation de soi et de sécurité.

Les charnières dont on sait le rôle phylogénétique dans la station érigée constituent probablement des points subtils riches en correspondances secrètes et susceptibles de valorisations réactionnelles péjoratives. Elles sont les zones-clés qui interviennent dans certains schémas d'attitude qui servent d'armature à notre vie de relation.

Dans les attitudes de maintien et d'opposition, l'axe corporel prend une valeur symbolique dans les relations interhumaines et des expressions comme le "front haut", la "tête basse" ou les "reins solides", les "reins cassés" donnent une signification existentielle à des struc-

.../...

tures anatomo-physiologiques.

Enfin, selon la typologie et la caractérologie des sujets, le système neuro-musculaire de soutien de l'axe corporel peut constituer une avenue de première importance pour les stimuli nociceptifs du monde extérieur comme le confirme l'électromyographie en rapport avec des variations émotionnelles.

Les sujet asthénico-passifs du type leptosome souvent insuffisamment musclés, seraient, selon la remarque de BERGOUGNAN et DEMANGEAT, moins souvent rencontrés que les sujets athlétiques ou pyoniques possédant une forte armature musculaire et dont le type de réactivité est souvent primaire.

La musculature rachidienne est un lien électif de fatigabilité musculaire, non seulement en rapport avec un morpho-type particulier, mais aussi dans certaines professions et cet aspect physiologique interfère très souvent avec la qualité des relations interhumaines pour former un complexe énergétique psychophysiologique.

Selon les remarques anatomiques du Prof. DELMAS, un aspect rectiligne du rachis serait défavorable à la station assise prolongée, tandis que l'exagération d'une lordose congénitale diminue l'aptitude aux activités

.../...

physiques en station debout ou la marche prolongée elle-même.

Nous rappellerons ici la remarque humoristique de BARBARA STIMPSON : " Le monde médical a été conduit à s'intéresser aux problèmes posés par la rachialgie basse, depuis, j'imagine le moment, où notre premier aïeul a quitté la position à quatre pattes pour la position debout".

Cependant on est frappé par le fait que certains malades qui présentent d'importantes lésions rachidiennes ne se plaignent pas.

Par contre, chez le plus grand nombre de malades psychosomatiques, les dispositions agressives sont le trait dominant décelé au cours des premiers entretiens. Leur tendance masochiste à les retourner contre eux-mêmes par un processus auto-agressif est non moins évidente.

Il n'est pas rare aussi de les voir extérioriser ces tendances réprimées contre le personnage du médecin.

Ce sont surtout, et en premier lieu, les psychosomaticiens américains inspirés des conceptions freudiennes qui ont effectué des recherches dans le sens de la psychologie dynamique, mais des groupes de psychanalystes et de

.../...

psychosomaticiens français se sont aussi intéressé au problème de la pathologie rachidienne psychosomatique.

A/ - LES LOMBALGIES. -

H. WOLF et HOLMES, en 1952, ont pratiqué des enregistrements électromyographiques chez des lombalgiques au cours de psychothérapies. Ils ont noté des modifications importantes de la tension musculaire à l'évocation de difficultés affectives, la douleur n'apparaissant qu'au dessus d'un certain seuil.

GOTTSCHALK, SEROTA, ROMAN et SCHAPIRO ont pu, à partir du tracé des modifications de la tension musculaire, prédire la présence ou l'absence d'une tension psychologique. (Ces auteurs citent l'observation d'un patient dont une psychothérapie en profondeur avait révélé qu'il luttait vigoureusement contre ses désirs sadiques vis-à-vis d'un jeune frère : stimulé par le récit d'un homme en train de battre un cheval, il manifeste un accroissement sensible du potentiel électrique et une recrudescence des polyalgies articulaires et musculaires de nature hyperspasmodique).

En contre-épreuve JACOBSON (Chicago), à l'aide d'un "neurovoltmètre" réalise d'une manière pratique, selon une technique désignée par son auteur "électroneuromyométrie"

.../...

l'enregistrement à différents endroits du corps de réactions neuro-musculaires chez l'homme, avant, durant et après des séances de relaxation ou de psychothérapie mettant ainsi à la disposition des psychiatres des tests de laboratoire qui permettent d'apprécier les résultats obtenus au moyen d'une thérapeutique de leur choix.

On sait que dans certains tests psychologiques comme le RORSCHACH, les projections du patient révèlent parfois des expressions préconscientes de raideur ou de gêne dans l'action.

Selon HALLIDAY JR. les psychalgies pseudo-rhumatismales d'une manière générale auraient un support caractériel. Nous en donnons à la fois brièvement et concrètement quelques traits déclarant que nos observations tendent à confirmer cette individualité.

Tous ces sujets, qu'ils soient ou non des travailleurs manuels, sont attirés par les activités physiques pénibles, les sports en général violents, les compétitions sportives, etc.... Bien avant de tomber malades, ils éprouvent un besoin particulier de dépense physique et musculaire. Leurs impulsions physiques se caractérisent par leur violence, souvent dès leur jeune âge. Les petites filles

.../...

sont souvent considérées comme des garçons manqués. Les tendances masochistes de ces sujets se déguisent parfois sous un altruisme névrotique qui consiste à servir autrui en se donnant un excès de peine. Caractéristiques sont ce que ADLER a désigné chez les femmes par le terme de "protest viril" des attitudes sexuelles ambivalentes. Chez ces femmes on observe fréquemment des attitudes de conquête et d'agressivité vis-à-vis des hommes. Les crises douloureuses sont souvent rythmées par des événements personnels qui accroissent, soit la révolte et l'hostilité, soit des sentiments de culpabilité vis-à-vis du partenaire masculin. De même lorsque la patiente ne peut rien donner en échange, survient une majoration des symptômes douloureux. Même phénomène quand la peur ou le dégoût des rapports sexuels a ses origines dans un complexe idéo-affectif de nature masochiste.

Chez certains patients la conversion somatique serait l'effet d'une décharge neuro-musculaire d'un contenu inconscient de défense et d'agressivité, l'impossibilité d'un choix entre une alternative de fuite ou de combat perpétrant un état conflictuel dans les couches inconscientes de l'individu. L'inhibition de l'agressivité ou de la fuite, transformée en contracture musculaire est souvent exprimée par ces patients qui se disent "pris dans leurs

muscles" ou "comme dans une camisole de force".

Pour REUSCH (J.) et FINESINGER (J.E.) les dorsolombalgies paraissent être une tentative d'atteindre une adaptation interpersonnelle et sociale satisfaisante tout en se ménageant une sécurité.

Elles sont souvent déclenchées par un excès de fatigue, un traumatisme léger ou des émotions fortes survenant dans une situation menaçante. Le symptôme s'inscrit sur le registre émotionnel d'un drame personnel et d'une manière plus générale revêt la signification que lui confère la problématique du sujet.

Des psychanalystes, SAUL, MARTY et FAIN en France, ont attiré l'attention sur le fait que la région lombaire "génitalisée" dans les deux sexes, joue un rôle moteur dans les rapports sexuels. En fait, beaucoup de ces patients prennent souvent prétexte de leur douleur pour s'abstenir d'une activité sexuelle à laquelle ils supposent un rôle nocif.

Les psychanalystes connaissent bien l'apparition de tels troubles, chez leurs malades à des moments précis au cours d'une cure. On sait même que certains individus sont capables, pendant leur sommeil, de décharges musculaires bien plus fortes qu'à l'état de veille et pou-

.../...

vant même laisser des traces de courbature ou de lumbago, des algies occipito-nuchales persistant après le réveil.

MARTY et FAIN ont souligné chez ces malades une difficulté à différer une décharge motrice dès la représentation d'une action, mais le passage immédiat et explosif à l'acte se heurte à un interdit et va s'exprimer statiquement par une hypertonie de blocage.

SANDLER étudiant des cas de camptocormie pendant la deuxième guerre mondiale, a remarqué que les pères des malades examinés par lui ont eu des rachialgies de même nature, sinon les mêmes attitudes anormales et il les interprète comme la reconstitution, à la faveur de la hiérarchie militaire, d'un élément émotionnel infantile.

On ne peut manquer de rapprocher de telles considérations la valeur affective de la profession. Les lombalgiques notamment, qui appartiennent le plus souvent au mode du travail manuel, devenus absentéistes à cause de leurs douleurs, laissent entendre sans équivoque leur besoin impérieux d'une indépendance qu'ils satisfont grâce à la maladie, ou d'une insertion défectueuse dans leurs relations professionnelles. (OBS. IV)

SOLOMON étudiant la personnalité de sujets

.../...

souffrant de rachialgies basses, les classe en deux catégories :

a) Ceux qui manifestent des désirs passifs de dépendance dont le type est fourni par le campto-cormique d'une manière caricaturale ;

b) Ceux, au contraire, qui se raidissent contre leur tendance passive inconsciente, vécue comme un danger en rapport avec la vulnérabilité de leur dos. Chez ces derniers, la position érigée du rachis serait " le symbole d'une défense contre l'abandon de la partie postérieure du corps, tandis que la flexion en avant du campto cormique signifie le consentement à cet abandon". La différence de personnalité de ces deux types se retrouverait dans leur attitude verbale, leurs réactions hostiles ou passives à l'égard des poussées qu'on leur imprime par surprise, au cours d'un examen clinique. Huit femmes de la série de SOLOMON manifestent leur identification masculine sous une forme hostile et révèlent un besoin excessif de travailler pour les autres, ce qui leur sert à la fois à décharger leur agressivité et à satisfaire leur extrême besoin de dépendance.

La plupart d'entre elles ont le dos "raide comme un tisonnier", tout comme les patients masculins du même type.

.../...

symptôme en relation avec certaines conditions de la motricité.

Pour FENICHEL elle traduit le blocage d'une activité motrice provoquée par une représentation idéo-affective qui ne peut s'extérioriser et représente une volonté inconsciente de répression intellectuelle et motrice du passage à l'acte, dont l'éventualité est ressentie comme une agression coupable.

Enfin il faut rappeler que le port de la tête est un acte actif, faisant intervenir la musculature du cou et si l'influence de la fatigue n'est pas à négliger comme facteur de contracture, cette attitude prend une valeur primordiale dans la structure du schéma corporel et les perturbations affectives qui peuvent en modifier la perception et la valeur symbolique de relation. Il y a des attitudes évocatrices de significations existentielles, telle la "tête basse du coupable" ou le front penché de l'obsédé fixé sur son idée fixe et ses ruminations mentales. L'attitude de l'anxieux phobique, la tête enfoncée dans les épaules a pu faire parler d'un "syndrome de Damoclès" dans la névrose d'angoisse.

L'expression psychosomatique de l'angoisse est exprimée dans le vers fameux de DANTE : "la chape de plomb des réprouvés".

C'est à ces sujets que Th. ALAJOUANINE a réservé la désignation de "syndrome d'Atlas" : ils portent avec douleur sur leurs épaules le poids accablant du monde, une telle réaction devant l'existence supposant une perturbation affective profonde et durable.

Certes, nous nous abstiendrons de prendre une position théorique, mais nous reconnaitrons néanmoins qu'il y a là de très intéressantes perspectives sur le mode d'approche du malade, la compréhension des processus complexes de la naissance et de la constitution des troubles que nous étudions, ce qui est fondamental pour situer le niveau d'une relation médecin-malade et s'orienter vers des thérapeutiques opportunes. Encore faut-il que l'examen tienne compte de ces considérations afin d'éviter les abus du psychogénétisme outrancier ou, à l'opposé, le point d'honneur dangereux de la recherche obstinée d'une étiologie lésionnelle.

En effet, tout ce que fait le médecin depuis l'examen jusqu'à l'ordonnance est évalué sur un mode psychologique par le patient. On ne saurait trop insister sur le fait qu'un diagnostic précoce des troubles psychosomatiques est la première condition de réussite d'une

thérapeutique adéquate.

Un diagnostic "organique" indûment porté peut avoir des conséquences très sérieuses. Il représente une affirmation péremptoire pour le patient qu'il n'y a pas d'issue pour sa maladie et le confirme dans sa systématisation consciente. Il va s'enfoncer plus profondément dans son organisation névrotique du symptôme, surtout lorsqu'une symptomatologie de conversion vient se greffer sur une authentique, mais minime lésion organique. Pratiquement, dès qu'on a l'intuition de la nature de l'affection, l'examen clinique et paraclinique doit être mené de pair avec les investigations psychologiques. Cela souligne encore l'importance de l'histoire du malade qui doit être interprétée par l'observateur comme son mode de relation avec son milieu habituel d'existence.

La qualité de la relation du patient avec le médecin est d'importance égale et doit être appréciée pendant toute la durée de l'entretien. Enfin, au cours de cette approche, on ne négligera pas l'activité sensorimotrice du malade, les variations subjectives de la douleur en rapport avec l'acuité émotionnelle de certains moments de cette relation. Cet examen est de difficulté variable : facile par exemple chez l'hystérique, au con-

tact généralement facile : en général son adhésion est massive après un temps de latence plus ou moins bref.

Ailleurs, la relation s'effectuera sur le mode masochiste de ces sujets qui réclament de leur médecin des manoeuvres physiques et instrumentales et qui sont souvent porteurs, comme nous l'avons déjà signalé, de traces d'interventions chirurgicales.

Enfin, signalons une difficulté fréquente : le patient peut être fixé par son trouble au point d'entretenir une relation permanente avec cet objet, le médecin restant maintenu à l'écart. D'une manière générale, la relation du patient avec l'observateur reste la pierre de touche de cette sorte d'examen qui ne peut être systématisé, mais trouve son principe dans la situation affective du patient que le médecin doit pouvoir estimer à tout moment, sous peine de rester étranger à son malade. Mais nous anticipons ici sur le chapitre consacré aux thérapeutiques. (OBS. I , IX, XVI et XVII)

LE SCHEMA CORPOREL DANS LA PERSPECTIVE PSYCHOSOMATIQUE

Nous voudrions avant d'aborder ce dernier chapitre et pour tenir notre promesse annoncée dans l'introduction de cette étude, faire la part des mécanismes psychophysiologiques d'après les données actuelles de la neurophysiologie et de la psychophysiologie.

Cela nous conduit à envisager les conceptions actuelles du schéma corporel sous leur aspect psychologique, neurophysiologique et même philosophique et leur incidence sur une interprétation plausible du psychosomatisme et des thérapeutiques dites de relaxation.

L'évolution de la notion de schéma corporel connaît une extension incessante.

PARCHEMINEY a cru pouvoir montrer que cette notion est essentielle pour comprendre la signification du symptôme somatique dans l'Hystérie de conversion et a été amené à la considérer comme une clé dans la compréhension de la pathologie psychosomatique.

Nous rappellerons que ce terme a été in-

introduit par SCHILDER, en 1923, pour désigner la forme de référence au corps propre sous-jacente à la perception et aux praxies : le schéma corporel nous donne une image du corps, une gnosie et une image du moi qui dépasse le fait d'une simple gnosie pour aboutir à un aspect unitaire de la personnalité et à une fonction symbolique.

1°) Problème génétique

Toutes les perceptions sensorielles peuvent intervenir dans l'édification du schéma corporel, mais la proprioceptivité occupe une place primordiale dans une mise en concordance du corps visuel et du corps kinétique.

"Elles forment, écrit SCHILDER, dans une structure constamment remodelée, incorporant les données du moment à celles des expériences passées, une intégration dynamique qui permet à nos actes et à nos perceptions de s'inclure dans un cadre biologique qui rend possible d'acquérir leur signification".

Dans cette perspective dynamique la notion du schéma corporel est complétée par celle de "schéma d'action" de DEL BIANCO (1947) qui met l'accent sur l'unification de l'action dans le temps et une pré-

vision des actes à exécuter à partir des informations du passé et des actions déjà opérées. C'est grâce à ce schéma structural dynamique que peut se réaliser l'esquisse idéatoire indispensable à l'accomplissement d'une activité coordonnée et finalisée.

WALLON a montré que l'enfant durant ses premières années joue avec les parties de son corps dans l'indifférenciation de l'entourage et de son moi. Le schéma corporel s'édifie dans la conjoncture des données de la sensibilité proprioceptive relativement peu consciente et de la perception visuelle du mouvement d'autrui en relation avec le sujet.

Les auteurs modernes à la suite de WALLON ont insisté sur l'importance fondamentale de l'intégration visuelle à travers l'image d'autrui du donné myopsychique de la cénesthésie proprioceptive.

ZAZZO étudiant le comportement de l'enfant devant son image spéculaire, trouve une nette précision de l'image d'autrui et sa reconnaissance sur celle de l'image de soi.

Mais pourquoi les données proprioceptives ne peuvent-elles suffire à assurer la régulation de la

perception et de la praxis sans avoir à se nouer en une forme permanente ?

C'est à cette question qu'a tenté de répondre J. LACAN.

Attribuant l'indifférenciation du Moi et du Non-Moi à l'immaturation, donc à l'incoordination des appareils dans les six premiers mois de la vie, cet auteur est amené à faire de ces six premiers mois "un stade effectivement et mentalement constitué sur la base d'une proprioceptivité donnant le corps comme morcelé". C'est soudainement que se fera le rassemblement de ces données morcelées en fusion avec les données visuelles du corps de l'autre. C'est cette "béance" entre l'organisme et le monde qui va induire la nécessité de l'unification, sous la forme de "l'imgo" ou représentation inconsciente de l'image de l'autre, et à travers elle la proprioceptivité qui lui était liée ("stade du miroir").

2°) Problème psychophysiologique

Nous ferons brièvement état à cet endroit des données modernes de la neurophysiologie en nous référant à l'enseignement reçu des Professeurs SOULAIRAC

et TOURNAY et du Docteur LAGET, dans la chaire du Prof. MONNIER à la Faculté des Sciences.

Parmi les aires gnosiques qui président à l'intégration des perceptions sensorielles dans la conscience, on sait que la destruction des aires visuelles (auditives, sensitives) ne modifie guère le schéma corporel. Par contre, la destruction des aires proprioceptives démontre l'importance de leur rôle dans la formation d'une aperception consciente du corps.

Les lésions pariétales du cerveau droit provoquant le syndrome d'ANTON BABINSKI et celles du cerveau gauche. Le syndrome de GERSTMAN déterminant des agnosies et des apraxies sans qu'on puisse pour autant reconnaître aux aires pariétales la qualité de centres d'intégration du schéma corporel.

On s'est aperçu en réalité qu'une ablation même importante de la région pariétale n'entraîne que rarement un trouble du schéma corporel. Par ailleurs la stimulation de ces aires ne provoque pas de phénomènes modifiant la notion que le sujet a de son corps.

Les aires pariétales ne représentent qu'un des relais importants de l'intégration polysensorielle.

Aussi les neurophysiologistes admettent actuellement que l'intégration véritable du schéma corporel se ferait dans d'autres structures que certains auteurs ont essayé de localiser dans la région temporale.

Le lobe temporal, mélange intime de néo et d'Archicortex est constitué de deux parties très différentes : l'une qui appartient au cortex auditif, en relations importantes avec d'autres systèmes sensoriels et les aires pariétales, l'autre qui est constituée par la région antérieure du lobe temporal (le pôle, sa partie inférieure et sa partie supéro-interne).

Il semble avoir des liaisons assez étroites avec les aires orbitaires par le faisceau unciné.

Le lobe temporal est donc un carrefour polysensoriel et une zone de jonction entre différentes régions du néo-cortex et des structures rhinencéphaliques.

On peut admettre dans ces conditions que c'est grâce à une sorte d'association entre les systèmes néo-cortical thalamique d'une part et rhinencéphalique d'autre part que se réalisent un certain nombre d'intégrations.

Les aires de projection sensorielles interviennent dans la réception des sensibilités fines et épicrotiques, tandis que les structures rhinencéphaliques et diencéphaliques permettent la réception de tous les modes de sensibilité primitive et les phénomènes d'intégration corporelle, grâce aux perceptions viscérales et proprioceptives.

Ce serait le rôle de rhinencéphale non spécifique, c'est-à-dire des structures amygdaliennes et hippocampiques d'assurer l'intégration unitaire de ces deux variétés de perception : c'est grâce aux structures rhinencéphaliques non spécifiques que les données primitives de la sensibilité assez indifférenciée et les sensibilités récentes épicrotiques s'intégreraient en un tout cohérent.

D'après les données actuelles de la neurophysiologie on pourrait concevoir au niveau du rhinencéphale élargi histologiquement et fonctionnellement le mécanisme d'intégration de l'émotionnalité et des modalités sensorielles, sensibles et cénesthésiques de la sensibilité.

Nous retrouvons là la conjoncture annoncée

au début de cette étude, de recherches neurophysiologiques et de conceptions psychodynamiques.

Les résultats des recherches psychophysio-
logiques modernes peuvent éclairer les problèmes structu-
raux qui interviennent dans les désordres psychosomatiques
où l'unité psychosomatique de l'individu est opérationnel-
lement altérée à partir d'un certain niveau dé-différencié
de régression pathologique.

3°) Problème philosophique

L'abord philosophique du problème du schéma
corporel a joué un grand rôle dans l'évolution de cette
notion.

Avant GOLDSTEIN et MERLEAU-PONTY, BERGSON
avait souligné que l'image du corps est inséparable de la
temporalité et essentiellement de la notion de présent.
Si en effet le passé immédiat en tant que perçu est action
du mouvement "mon présent est donc à la fois sensation et
mouvement ; et puisque mon présent forme un tout indivisé,
le mouvement doit tenir à cette sensation, la prolonger
en action ; mon présent est par essence sensori-moteur.
C'est dire que mon présent consiste dans la sensation que
j'ai de mon corps" (Matière et Mémoire).

Cette intuition philosophique rejoint la conception du physiologiste SHERRINGTON : "C'est le temps qui assure la synthèse du Je".

On retrouve encore cette idée dans le rôle de la "présentification" que P. JANET assignait à la Fonction du réel, en rapport avec le niveau de tension psychologique.

Ces considérations philosophiques ne sont pas purement théoriques, mais permettent de mieux comprendre et d'orienter l'expérience clinique et psychophysiologique et peut-être de mieux interpréter les maladies psychosomatiques à la fois dans leur mécanisme et leur thérapeutique.

La conception d'une "structure temporelle" du corps pourrait nous faire comprendre les névroses psychosomatiques, comme une dissociation du schéma corporel et du temps vécu, comme un "blocage temporel" du schéma dynamique de la corporéité éprouvée par l'individu dans sa manière défectueuse d'être au monde.

En conclusion, la notion de schéma corporel conçue d'abord comme la simple synthèse de données sensorielles est devenue peu à peu une des formes à base de la conscience.

Cette évolution n'est pas achevée. MIRA Y LOPEZ en mettant en évidence l'existence d'une "Gestalt tonique" spécifique des rapports de la structure psychique et de la répartition de la tonicité musculaire (au point que son psychodiagnostic myokinétique est un test indicateur des psychonévroses) n'a fait que se placer dans le prolongement de cette évolution et ouvrir la voie à de nouveaux développements de cette notion.

De la même façon, les techniques thérapeutiques fondées sur la relaxation - sur lesquelles nous allons revenir - sont appelées à évoluer en fonction d'une meilleure compréhension de ces problèmes. Cependant les recherches et les hypothèses neurophysiologiques ne constituent qu'une voie d'abord à la compréhension de l'unité psychosomatique et de ses altérations pathologiques. On ne saurait porter à son crédit l'explication d'une totalité des phénomènes observés, ni le monopole des recherches disciplinaires. Ainsi nous pouvons clore ce chapitre par une phrase de GRINGER "La psychosomatique est un effort de compréhension dans sa totalité d'un processus intégrant les courants d'échanges entre différents systèmes, somatique, psychique, social et culturel. En fait le terme psychosomatique s'applique, non pas à la physiologie ou à la physiopathologie, mais au concept d'un processus intéressant tous les systèmes vivants et leurs élaborations sociales et culturelles".

CONDUITES THERAPEUTIQUES

Nous laisserons délibérément de côté le traitement des algies rachidiennes en rapport avec une psychose. Ces malades seront adressés dans un centre spécialisé après s'être assuré que leur état ne relève pas des soins de la spécialité rhumatologique.

Sachant que les cénestopathies rachidiennes et les signes fonctionnels qui les accompagnent de façon contingente peuvent se développer à partir d'un point d'appel organique, on ne saurait priver ces malades des thérapeutiques rhumatologiques adéquates. Toutefois la préoccupation majeure du psychosomaticien sera d'en bien connaître l'opportunité, et la principale difficulté est de faire évaluer par le malade leur importance relative. Heureusement la physiothérapie tient une grande place dans les thérapeutiques rhumatologiques et certaines de ses modalités d'application sont communes avec celles utilisées comme adjuvants dans le traitement des névroses et des psychonévroses. C'est là que le rôle du psychiatre ou du psychosomaticien devrait être au premier plan, comme nous allons le voir.

Nous distinguerons parmi les différentes

thérapeutiques d'importance inégale :

- 1) la chimiothérapie psychopharmacologique;
- 2) les psychothérapies et le problème de leur association à la psychopharmacologie
- 3) physiothérapie, gymnastique médicale et rééducation fonctionnelle ;
- 4) la Réflexothérapie
- 5) les méthodes de relaxation
- 6) les problèmes psychosomatiques posés par les traumatismes rachidiens dans la discussion de l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Chimiothérapie

Nous nous bornerons ici à rappeler rapidement les drogues à activité psychotrope. Nous suivrons pour leur exposé la classification proposée par J. DELAY en rappelant tout d'abord l'avertissement qu'il donne pour en justifier l'usage : "C'est une erreur que de vouloir opposer thérapeutique biologique et thérapeutique psychologique, chimiothérapie et psychothérapie. Les drogues psychotropes ne sauraient remplacer la relation interhumaine qui est l'essentiel de la psychothérapie, mais elles peuvent y contribuer soit en aidant aux explorations pharmacodynamiques de la personnalité, soit en créant des

conditions nouvelles qui la rendent applicable à de nouvelles catégories de malades".

Ces drogues ont une action essentiellement symptomatique et non étiologique.

Ce sont :

1°) Les Psycholeptiques

- leurs effets :

- . diminution de la vigilance
- . réduction de l'énergie intellectuelle
- . sédation de la tension émotionnelle.

- On les divise en :

a) dépresseurs de la vigilance qui comprennent tous les hypnotiques ;

b) dépresseurs de l'humeur .

Ceux-ci comprennent tous les "tranquillisants" qui règlent le tonus émotionnel dans le sens du passage d'un "régime pathétique" à un "régime apathique". Leur efficacité est très variable. Leur groupe majeur : les neuroleptiques (phénothiazines, réserpine, halopéridol), ce dernier, ne pouvant guère être utilisé en dehors d'une hospitalisation du malade, est réservé aux psychoses délirantes.

Parmi ceux-ci nous utilisons surtout la levopromazine.

2°) Les psychoanaleptiques

Ils augmentent le tonus psychologique, la vigilance et l'énergie intellectuelle, mais aussi la tension émotionnelle qui peut aller jusqu'à l'euphorie et l'anxiété.

Deux sous-groupes :

- les stimulants de la vigilance et
- les stimulants de l'humeur.

a) Les stimulants de la vigilance :

Ils comprennent toutes les amines psychotropes dont l'effet s'oppose à celui des barbituriques.

(Ils ne figurent guère dans notre arsenal thérapeutique).

b) Les médicaments anti-dépresseurs, tels que dérivés de l'hydrazine et surtout de l'imipramine qui constituent encore la chimiothérapie la plus efficace des états dépressifs.

(Chez les sujets dont on peut craindre une fragilité cardio-vasculaire, nous utilisons de préférence la Nialamide dont l'effet vaso-dilatateur coronarien permet souvent une thérapeutique à double effet).

3°) Les Psychodysleptiques

Ils sont constitués par un groupe de drogues génératrices d'états oniriques ou oniroïdes,

d'hallucinations, d'états de confusion ou de dépersonnalisation. Telles sont, par exemple, la mescaline, la lysergamide ou LSD 25, la psilocybine et la psilocyne extraites d'un champignon hallucinogène (*Psilocybe mexicana*).

Ces trois catégories de drogues sont utilisées respectivement dans les procédés d'exploration pharmacodynamique de la personnalité :

- les psycholeptiques : narco-analyse
- les psychoanaleptiques : week-analyse
- les psychodysleptiques : oniro-analyse

1°) la narco-analyse

Elle permet l'exploration du subconscient du sujet pendant l'état intermédiaire à la veille et au sommeil.

La difficulté consiste à trouver la dose optima du narcotique (amobarbital sodique).

Le critère du niveau de mémoire conservée est essentiel pour définir le seuil utile de la subnarcose.

Celle-ci est insuffisante si le sujet se rappelle parfaitement tout ce qu'il a dit car il est resté dans ces conditions à un niveau de synthèse mentale qui

représente l'acte de mémoration.

Le seuil optimum doit correspondre à l'obtention d'une verbalisation des affects du sujet suivie d'une amnésie à peu près complète du contenu verbal ainsi extériorisé.

2°) La week-analyse

Elle vise à l'exploration du psychisme du sujet par l'administration d'amphétamines qui entraînent un état d'éveil et d'excitation.

L'administration IV. d'amphétamines à doses élevées provoque une stimulation accélérée du cours de la pensée avec euphorie ou anxiété, mais toujours exaltation émotionnelle. L'euphorie est le plus souvent retrouvée dans le caractère hystérique. Des phénomènes contraires à l'effet cherché - anxiété, blocage idéo-affectif - sont le lot des structures schizoïdes ou obsessionnelles.

La brusquerie et l'intensité des réactions qui accompagnent la suppression d'une inhibition psychomotrice définissent le "choc amphétaminique".

3°) L'oniro-analyse

Nous n'utilisons pas les méthodes d'exploration oniro-analytiques obtenues par les drogues onirogènes qui provoquent l'émancipation d'automatismes psycho-

logiques et peuvent révéler les tendances latentes de la personnalité, favorisant une projection des besoins spontanés du dynamisme instinctif et affectif de l'individu.

Nous passons rapidement sur le chapitre des différentes psychothérapies, d'autant plus que nous en avons déjà fait mention à propos de l'examen psychosomatique et de l'attitude du médecin dans sa relation avec le malade.

Il faut en évaluer l'opportunité dans le choix des conduites thérapeutiques, selon l'individualité du trouble psychosomatique et la personnalité du malade.

De toute façon, c'est une indication qu'il appartient au psychosomaticien de choisir en considération de chaque cas particulier et de facteurs sociaux autant que personnels.

Nous voudrions seulement présenter quelques remarques empruntées à R. HELD sur l'Association Psychopharmacologie et Psychothérapie en Médecine psychosomatique qui font écho aux paroles rapportées ci-dessus par J. DELAY.

Il convient à propos de la chimiothérapie

de citer l'adage classique bien connu, la manière de donner vaut mieux que ce que l'on donne.

L'application de la psychopharmacologie au traitement des maladies psychosomatiques pose un problème très particulier en raison de réactions effectives auxquelles correspondent des effets thérapeutiques paradoxaux voire négatifs nécessitant une reconsidération du problème de la chimiothérapie.

Le symptôme du malade psychosomatique recouvre des pulsions d'hostilité et de peur de façon plus dissimulée que le névrosé standard. La peur est une réaction fréquente.

OBSERVATION

Mme L..., 38 ans, présente des polyalgies rhumatismales anciennes à prédominance lombo-sacrée - Hystérectomie à 30 ans.

Grand déséquilibre psychique, manifestations phobiques diverses sur un fond d'anxiété très vive. Insomnie persistante.

Aucun substratum rhumatologique. Examen gynécologique normal ; thérapeutique hormonale substitutive dûment conduite et bien tolérée.

Dans l'impossibilité de proposer une psychothérapie, on prescrit du chlórdiazépoxys (10 mg x 3).

Quelques jours plus tard cette malade revient à notre consultation visiblement très angoissée. Après un premier essai du tranquillisant elle a constaté une recrudescence d'agitation et elle a interrompu son traitement. "J'ai très peur, dit-elle, il en est toujours ainsi quand

je prends un nouveau médicament". De plus ces derniers rapports sexuels avec son amant (cela l'inquiéterait moins avec son mari) lui a fait redouter l'éventualité d'une frigidité définitive, consécutive à une médication maléfique. "J'avais besoin de vous voir pour être assurée qu'il n'en sera rien et que je peux continuer à prendre ce médicament sans danger".

La régression vers des besoins oraux de dépendance passive situe la relation médecin-malade dans les empreintes archaïques du terrain psycho-somatique qui doit faire considérer d'une façon spéciale autant les prescriptions médicamenteuses que l'acte psychothérapique.

C'est un problème posé particulièrement par les petites psychothérapies dites de "surface" et R. HELD écrit fort justement : "la prescription de drogues quelles qu'elles soient ne peut se situer sous le signe de l'oralité et de la dépendance. Une peur inverbalisable, profonde, parfois difficilement réductible dans le cas de ces psychothérapies relativement superficielles peut être l'aboutissement des prescriptions destinées avant tout et précisément à réduire cette peur".

Le médicament est toujours reçu par le patient dans une situation de transfert. Il peut être absorbé tantôt comme un "bon objet" et il en sera dynamisé

d'une manière bénéfique, tantôt comme un mauvais objet et il pourra provoquer des attitudes négatives pouvant aller jusqu'à ce que R. HELD désigne par la locution "d'intolérances psychopharmacologiques affectives". Dans cette dernière éventualité le malade pourra éprouver une sorte de "ligotage chimique" qui va l'induire en une attitude de défense vigilante face aux dangers internes ou externes que signifient pour lui tant la relation médecin-malade que la drogue elle-même.

On peut trouver en contre-partie une appétence singulière pour les drogues qui n'est qu'une manière inconsciente d'abolir la relation avec le médecin et de "chosifier" en quelque sorte celui-ci comme un simple comprimé.

Ce sont deux modes de défense symboliquement identiques aboutissant à des résultats également négatifs ; tantôt l'intolérance est réelle, liée à un seuil de perception trop bas, tantôt elle est plutôt de nature "émotionnelle", tantôt elle est mixte ; en revanche, une appétence excessive représente un danger analogue à celui d'une toxicomanie dont on a dénoncé le danger social sur le plan particulier de la psychopharmacologie et dans le cadre d'un plaidoyer pour "la paix médicamenteuse".

Mais dans l'ensemble le bilan est favorable. Les substances chimiques judicieusement utilisées permettent aux premiers échanges de s'effectuer dans un climat de détente émotionnelle ; elles réduisent une hostilité sous-jacente et la culpabilité qui lui est associée ; elles raccourcissent la distance entre le médecin et le malade ; elles permettent de dissiper la fascination du malade par certains symptômes somatiques.

Enfin certaines drogues (pas de spécificité nette) facilitent la mobilisation affective, la remémoration des rêves nocturnes et les associations du matériel onirique dans le contenu existentiel du patient. Par contre, le psychothérapeute sait qu'une suppression trop rapide des symptômes soustrait à l'analyse certains éléments de ce contenu et peut masquer son contre-transfert.

Le soulagement du patient doit permettre une réduction de la dose chimique qui doit céder progressivement à la "drogue-médecin" (BALINT).

LES CURES DE SOMMEIL

Elles ne donnent pas de résultats très encourageants dans la pathologie qui nous occupe. Elles semblent accroître la régression narcissique du sujet

dont le clinostatisme représente un refuge spécifiquement symbolique dans des affections qui sont en correspondances occultes avec une intégration défectueuse du schéma postural de la "station érigée".

Dans la même optique l'usage orthopédique des moyens de contention (minerve, lombostat) est à proscrire le plus souvent.

Nous préférons "les méthodes actives".

Physiothérapie - gymnastique médicale

Ce sont là des méthodes complémentaires permettant au malade d'estimer ses facultés physiques en voie de récupération.

Elles doivent être dirigées par un personnel averti et conçues comme un "procédé de relaxation qui va du corps à la conscience du sujet" (AJURIAGUERRA) faisant passer la contracture musculaire du plan inconscient au niveau de la conscience. Leur but est de créer des circuits dans lesquels l'énergie motrice pourra se canaliser sans éveiller d'angoisse ; c'est dire le rôle primordial de la présence rassurante du médecin ou du technicien qui passe sans doute bien avant la qualité des mouvements exécutés. Il faut surtout écarter cette idée que la rééducation fonctionnelle ne soit qu'une

gymnastique plus ou moins spécialisée. C'est avant tout une expérience affective de maturation de l'image du corps qui exige du médecin et du patient en voie d'activation une référence constante au contenu affectif de ce dernier qui doit découvrir dans l'activation des sensations primitives de son corps un sens qui donne à ce même corps la valeur d'un objet de rencontres et de relations entre personnes humaines libres. Une physiothérapie, une rééducation fonctionnelle qui ne s'inspirent pas de ces principes fondamentaux encourt le risque de créer des besoins de dépendance qu'elle satisfait sans les liquider. (Il est banal d'observer dans les services de physiothérapie où la balnéation thermale, les douches, la kinésithérapie sont dispensées avec un luxe de matériel perfectionné et un personnel souvent non averti de ces principes, des états d'accoutumance régressive désignés par exemple sous le nom "d'hydrophilie").

La Réflexothérapie

Nous dirons un mot de cette méthode en insistant sur la signification qu'il faut lui donner.

Nous avons l'expérience de "la centrothérapie endonasale" (méthode de BONNIER), avec laquelle on obtient des effets à peu près semblables au "choc amphotaminique", ce qui nous a permis de la désigner par le

terme de "Rhino-stress". Elle s'adresse surtout à des sujets à mentalité "primitive" dont la vie mentale est restée fixée à des schémas magiques en rapport avec des facteurs ethniques ou des niveaux d'acculturation archaïque, des sujets mentalement et socialement insuffisamment "vertébrés". Les effets immédiats en sont le plus souvent une débâcle émotionnelle, un accès d'angoisse, accompagnés de troubles neuro-végétatifs divers, une hyperpnée, une polypnée, parfois des crises névropathiques. C'est à l'occasion de cette sorte de "stress" qu'on a quelquefois la révélation des manifestations tétaniques et d'une spasmodophilie constitutionnelle dont nous avons déjà évoqué l'éventualité.

Ces réactions surviennent d'ailleurs presque toujours chez des personnalités hystériques. Il n'est pas rare d'observer à côté de crises névropathiques des signes vrais de tétanie manifestes, un Chvostek +++, un signe de Trousseau, des spasmes des muscles orbiculaires et péribuccaux. C'est un signe d'orientation diagnostique et thérapeutique. Cette méthode, bien qu'elle ressortisse à une technique de "magie" peut être très intéressante par l'abréaction émotionnelle qu'elle provoque. Son application en est délicate, il faut en avoir l'expérience pour savoir en estimer l'indication et en tirer le bénéfice attendu. Mais, c'est là un fait capital, cette mé-

thode qui permet souvent une libération spectaculaire resterait précaire et d'une efficacité transitoire, sinon dangereuse, si elle n'était utilisée dans un contexte psychothérapique.

Il faut profiter d'une crise thymique libératrice pour donner immédiatement au sujet une conscience de la sédation de ses douleurs et d'une récupération fonctionnelle en l'incitant vivement à effectuer des mouvements qui auparavant étaient, sinon impossibles, du moins limités et douloureux, et le malade est fort étonné, souvent dans un état presque subconscient, de ses possibilités physiques immédiates. Il est remarquable et mystérieux d'observer que ces effets sont obtenus particulièrement chez les lombalgiques. Il est indispensable d'enchaîner sans délai une rééducation fonctionnelle et une psychothérapie associée. De toute façon c'est un procédé dont l'application délicate, doit être réservée à des cas précis et demande une certaine expérience.

LES THERAPEUTIQUES DE RELAXATION

Les méthodes de relaxation ont une place de choix dans le traitement d'affections psychosomatiques qui intéressent la neuromotricité des fonctions statiques et kinétiques, la sensibilité proprioceptive, dans une pathologie douloureuse et fonctionnelle d'un système

musculo-tendineux et ostéo-articulaire.

Il est regrettable qu'elles n'aient pas toujours la place qui leur revient dans un service de rééducation fonctionnelle et l'efficacité du rôle d'un psychosomaticien dans un service de rhumatologie s'en trouve limitée.

Les résultats que nous avons pu observer dans le traitement des "névroses rachidiennes" et des complications fonctionnelles des syndromes rhumatologiques, les séquelles traumatiques impliquant des perturbations psycho-physiologiques par des techniques de relaxation correctement appliquées, nous incite à en préconiser l'extension.

Nous en rappellerons brièvement les principes en souhaitant pouvoir faire état ultérieurement de notre expérience personnelle dans ce domaine.

Les méthodes de relaxation sont inspirées du "training-autogène" de SCHULTZ.

L'intention originale qui a permis à SCHULTZ d'élaborer une théorie et une pratique de la relaxation consiste en deux faits :

a) la possibilité pour des sujets entraînés dans un état "d'autohypnose" de déclencher volontairement

l'état hypnotique.

b) l'appréhension du "vécu intérieur" des hypnotisés qui signalent l'apparition de deux phénomènes particuliers : une lourdeur des membres, mais aussi parfois de tout le corps, une chaleur cutanée et abdominale que SCHULTZ rattache à un effet myo-résolutif et à une vaso-dilatation cutanée.

Il s'agit d'une "auto-relaxation concentrative" où le médecin va apprendre au sujet à rechercher par une concentration mentale et une focalisation de l'attention le maximum d'acuité de ses sensations de lourdeur et de chaleur, qui deviendront ainsi les guides et les témoins de la relaxation musculaire.

Les traits généraux de la méthode de SCHULTZ

- emploi de formules verbales inductrices
- recherche de la sensation qu'elles indiquent
- exercices progressifs ne quittant une phase que lorsqu'elle est bien acquise.

Les différentes phases se succèdent dans l'ordre suivant:

- phase de pesanteur avec généralisation de l'impression d'un membre ou du corps tout entier.
- phase calorique,

- phase de régulation thermique
- phase respiratoire
- phase abdominale
- phase céphalique

Mais ceci ne caractérise que la première partie de la méthode de "petite psychothérapie". Son obtention malgré les rapports initiaux de la relaxation et de l'hypnose est possible pour la plupart des individus à quelques nuances psychologiques près ; elle n'est pas le résultat de la suggestion, mais plutôt celui d'une "commutation organismique" de l'individu, toujours selon SCHULTZ, qui lui permet par une éducation de l'attention de parvenir à un état physiologique comparable à celui du sommeil, malgré une conscience intacte.

Un échelon supérieur de "l'autogène-training" ou "grande psychothérapie" répond à de plus grandes ambitions. C'est ici une lutte contre des résurgences de l'inconscient et aussi la représentation d'un vécu intérieur, tous éléments d'une connaissance de soi orientés vers une compréhension du dynamisme mental et organique.

SCHULTZ considère l'état névrotique comme dû à une fausse assimilation des événements vécus "une conduite défectueuse fonctionnelle",

Bien que l'auteur se réfère à un schéma doctrinal des névroses qui constitue une vaste synthèse discutable, il ne demeure pas moins de ses conceptions des applications pratiques très utiles offertes aux thérapeutiques d'éducation et d'auto-éducation et surtout un mode de contact psychothérapique - susceptible de différentes modalités techniques (JACOBSON).

Dans le domaine assez vague des affections psychosomatiques les méthodes apportent des résultats précieux quand elles sont judicieusement utilisées et on ne saurait trop souligner à ce propos la nécessité dans un service hospitalier des conditions indispensables d'une organisation matérielle idoine et d'un travail coordonné d'équipe où le partage des responsabilités va de pair avec la compréhension collective des buts et des attendus de cette technique.

La validité de cette méthode thérapeutique ne doit rien à la notion clinique de suggestion et de suggestibilité, elle est essentiellement le fruit d'une compréhension des mécanismes psychophysiologiques de la relation symbolique du malade avec le monde à travers l'image de son propre corps, et la présence sécurisante du psychothérapeute du "training".

Le sujet retrouve et mobilise des expériences cinesthésiques et sensorielles restées jusqu'ici apparemment inactives qu'il va réinvestir ultérieurement dans une nouvelle estimation de son être.

Tandis que cèdent les fantasmes de peur et de culpabilité et qu'il se libère de son passé figé il retrouve progressivement la permanence de son unité psychosomatique, l'image de son corps évolue, se dépouille de sa cuirasse musculaire.

Grâce à la liberté complète qui lui est donnée de fantasmer son contenu affectif, il parvient peu à peu à se resaisir dans une structure objective et dynamique de son corps.

Dans un premier temps il se réconcilie avec son corps en plongeant inconsciemment dans le vécu archaïque de ses relations primitives. Une rééducation fonctionnelle qui n'est que mécanique en reste le plus souvent à cette première phase de régression sécurisante. Mais le rôle du training-thérapeute, qui est de régler un processus évolutif de "descente-ascension" dans un climat de sécurité, doit permettre au sujet dans un deuxième temps de parvenir à une restructuration psychosomatique adulte par l'expérience organismique de son corps réunifié et sexué.

Au cours de ces passages et oscillations le patient vit dans son corps et par son corps des reviviscences d'affects et la tâche du thérapeute est de comprendre ce langage qu'exprime sur les dérèglements de la tonicité, l'expression ineffable des conflits, des tensions inutiles et des contractions anarchiques. Lui permettre d'actualiser ses fantasmes et de trouver la liaison entre la défectuosité de son corps bloqué par un corset d'inhibitions et de conflits, c'est lui faire sentir, sinon lui révéler explicitement dans l'alternative de tension et de relâchement, dans l'expression tonique, sensitive et proprioceptive de son corps, une expérience de maturité adulte et de réalité temporelle de son corps.

C'est lui faire découvrir le langage "personnel" de son propre corps - et aussi le langage des autres débarrassé de significations parasites.

LES PROBLEMES PSYCHOSOMATIQUES DES TRAUMATISMES RACHIDIENS

La fréquence des algies rachidiennes post-chirurgicales (après greffes vertébrales par ex.) doit dicter la plus grande réserve dans la discussion de l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans ces cas. La règle de prudence en vigueur au Centre de Rhumatologie de la Pitié est conforme aux principes souvent affirmés par PADOVANI dont nous rapporterons ici l'opinion exprimée en citant parfois ses propres termes :

1°) Les suites de fractures - "Il est curieux de constater, écrit PADOVANI, à quel point le pronostic des fractures du rachis varie selon les pays. Parmi les blessés de BOHLER, sur 30 blessés assurés, 18 étaient guéris, sans incapacité au bout de 6 mois et au bout de 2 ans. 5 seulement touchaient une pension ! Pourquoi en France 100% des accidentés atteints de fracture du rachis restent-ils toute leur vie titulaires d'une pension d'invalidité ? La législation, les coutumes d'expertise jouent certes leur rôle, mais une meilleure psychothérapie permettrait certainement de réduire les revendications du blessé et les taux d'I.P.P.

2°) Les traumatismes sans fracture

Il peut s'agir soit de choc direct sur un point quelconque du rachis, soit d'une entorse ligamentaire vertébrale après effort.

La douleur s'installe soit d'emblée, soit après un certain intervalle libre. Elle est constituée par un fond douloureux permanent avec ou sans crises aiguës surajoutées. La pérennisation de ce syndrome fait partie du tableau clinique des sinistres et entraîne des arrêts de travail répétés et prolongés pour se terminer, le plus souvent, en expertise aux fins de discussion d'un taux d'incapacité.

Il faut faire la preuve d'une absence de lésions osseuses (clichés sous incidences multiples, au besoin tomos), en sachant que des lésions discales douloureuses peuvent ne donner lieu à aucun signe radiologique et ne faire la preuve de leur existence qu'à l'apparition d'une compression radiculaire.

Il faut également connaître les syndromes douloureux post-traumatiques localisés sur un rachis antérieurement anormal (spondylolyse par exemple). C'est un problème d'expertise.

Sous ces garanties préalables, il reste à envisager la tonalité affective des douleurs rachidiennes sine materia ou presque.

C'est le cas par exemple du "lumbago" qui passée la phase aigüe laisse un patient dans une perpétuelle hantise de voir se reproduire l'épisode aigu initial. Le malade redoute une mobilisation volontaire, amoindri psychiquement dans la représentation imaginaire de l'axe vital de sa charpente corporelle. On peut supposer que le chiropracteur intervient spectaculairement en suppléant au déficit dynamique du sujet par les mouvements passifs qu'il le contraint à effectuer.

Il existe des douleurs rachidiennes de longue durée survenant après de véritables traumatismes, accidents de travail ou de la route. PADOVANI a décrit en 1954 des éléments d'un tableau clinique typique après traumatisme fermé sans lésions osseuses radiologiquement décelables.

- Douleurs tenaces aggravées par des perturbations affectives accompagnées d'une sensation de fatigue et souvent d'un état dépressif.

- On réveille une douleur à la pression d'une part dans la région traumatisée et, d'autre part,

sur l'aorte abdominale et les artères iliaques.

- L'insomnie aggrave l'asthénie et l'humeur du malade.

Fréquente est l'association de troubles vaso-moteurs, de tendances lipothymiques.

Il faut souligner les mises en garde de PADOVANI contre des "greffes abusives" sur des rachis radiologiquement normaux et les grandes difficultés d'améliorer les sujets qui ont reçu ce complément traumatique par rapport à la proportion de ceux qu'une abstention chirurgicale permet souvent de guérir par des moyens simples de réflexothérapie, de chimiothérapie associés à une psychothérapie sécurisante.

S'il existe bien de nombreux cas légitimes de douleurs post-traumatiques sans lésions anatomiques décelables, il faut insister sur les dangers de traitements chirurgicaux abusifs dans un grand nombre de cas de cette sorte où l'on découvre par l'interrogatoire une prédisposition morbide et des possibilités de guérison par une psychothérapie bien conduite.

Le problème des lombo-sciatalgies par hernie discale

Ce chapitre est non moins délicat. La con-

frontation du rhumatologue, du neurochirurgien et du psychiatre n'en est que plus opportune. Il n'est pas rare d'observer des énucléations d'hernies discales non suivies de l'amélioration légitimement attendue, quand le syndrome douloureux ne s'en trouve pas aggravé. Les neurochirurgiens invoquent souvent dans ces cas, tantôt des mécanismes physiopathologiques, tantôt des causes techniques.

La collaboration de plus en plus répandue d'un psychiatre dans un service de neuro-chirurgie permet fréquemment de modifier ces opinions et de rectifier des hypothèses anatomo-physiologiques dont les résultats psychothérapiques obtenus démontrent qu'elles sont mal fondées.

Voici l'exemple d'une OBSERVATION

Mme H..., 32 ans, sans profession, mais à la fois intellectuelle et sportive, a présenté un lumbago aigu survenu brusquement à la suite d'un violent effort, au cours d'une compétition sportive.

La douleur persiste et s'aggrave, rebelle à tous les antialgiques.

A l'examen on constate :

- une sciatique type L₅ gauche ;
- douleur et contracture lombaire intense, majorée en décubitus. Attitude antalgique typique. Un Lasègue à 40°, un signe de la sonnette ; abaissement du pli fessier.
- Pas de déficit sensitivo-moteur.

- Les réflexes ostéo-tendineux sont conservés.

Une épreuve au méthiodal met en évidence une hernie du disque L₄-L₅.

La malade insiste vivement pour une intervention chirurgicale rapide. Mais un comportement singulier incite à surseoir temporairement à cette décision et on préfère commencer par essayer des moyens thérapeutiques tels que manipulations vertébrales et physiothérapie.

En plus d'une impulsivité apparente, l'exhibitionnisme nudiste et spontané de cette malade ne laisse pas d'intriguer l'assistance, non moins qu'au soin évident de conserver l'harmonie plastique des lignes dans l'économie des mouvements.

Elle invoque à l'appui d'une demande pressante de traitement chirurgical, des projets sportifs et l'urgence d'une reprise d'activités journalistiques.

Il n'est pas question d'atermoiements par le détour d'un examen psychologique auquel elle se refuse.

Nous la revoyons six mois plus tard avec une sciatalgie à peine atténuée et des rachialgies diffuses.

L'examen psychologique décèle un profil caractériel très particulier qui confirme une structure hystérique avec des traits mégalomanes que nous avions déjà pressentis en simple spectateur.

La patiente manifeste un goût électif pour des activités physiques et "cérébrales", des occupations hors de la maison et les compétitions sportives sur les résultats desquels sa modestie est en défaut. Il semble que dès l'enfance elle ait répondu aux critères du "garçon manqué".

Son attitude de "protestation virile" s'affirme tant dans sa préférence pour les activités musculaires que le rejet d'une sexualité dont un témoignage entre autres est le choix d'un époux complaisant et passif, et devenu encore plus complaisant depuis la maladie de son épouse.

Les circonstances de son enfance, et ses réactions affectives à ce propos, permettent de découvrir la persistance d'un sentiment de dépendance et d'hostilité favorisées et majorées par la mort du père à 8 ans.

La malade elle-même, "hyperconsciente" exerce une vigilance anxieuse sur ses enfants, à qui elle cherche à inspirer son propre idéal de force et de réussite intellectuelle et sociale.

Elle essaie d'y contribuer par une vigilance à la fois dominatrice et masochiste qui, joint à ses nombreuses activités extra-familiales, l'asservit à une tâche écrasante de responsabilités diverses.

La perspective d'un handicap physique chronique lui apparaît comme une ruine de ses projets nuancée d'une crainte culpabilisée de manquer à ses responsabilités familiales par l'effet d'un goût excessif de ses occupations favorites et aussi d'un sentiment de révolte à l'idée de devoir renoncer à l'image virile d'elle-même avec ce que cela peut signifier dans le contexte caractériel de persévération dans une attitude de défense et d'hostilité.

Une psychothérapie facilitée au début par une cure de lévopromazine qui a paru favoriser un déblocage fantasmatique et onirique conjuguée un peu plus tard avec une rééducation physique prolongée a amené une sédatation quasi complète du syndrome douloureux et une réintégration de la malade dans une vie à peu près normale. On a noté une diminution très sensible de ses besoins d'activisme morbide et des comportements de compensation.

O B S E R V A T I O N S

=====

OBSERVATION IV

Denise A....., 20 ans

Hystérie de conversion

Denise entre dans le Service pour troubles de la marche allant jusqu'à l'impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs, d'installation rapide, en quelques heures et faisant suite à une dorso-lombalgie durant depuis un an environ.

Examen

La démarche est lente, solennelle ; les pieds traînent sur le sol, les cuisses sont en adduction ; le tronc paraît soudé ; contrôle et parcimonie de tous les gestes. A chaque pas, l'élévation alternative des hanches donne à cette démarche une ébauche de "dandinement", tandis que le visage prend une expression figée.

L'examen clinique est étrangement négatif : la mobilisation passive des membres inférieurs est parfaitement normale de même que la force musculaire, tant globale que segmentaire.

Aucun trouble de la sensibilité à tous les modes.

Les réflexes sont normaux ainsi que le tonus musculaire.

Le rachis est souple ; il n'existe aucune contracture au niveau des masses lombaires et un examen

attentif ne révèle aucune anomalie visible ou palpable.

Tout au plus a-t-on constaté une ébauche de virilisme pilaire en l'absence cependant de troubles endocriniens.

Les radiographies du rachis sont un peu plus éloquentes :

- ostéochondrite D₂ D₃ D₄ D₅
- hernies de Schmorl
- mais pas de malformations rachidiennes
- intégrité des corps vertébraux dont l'interligne est normal
- pas de discopathie

Mais la discordance entre ces troubles fonctionnels tenaces et les résultats de l'examen, l'allure générale de la malade font, sans retard, proposer cette jeune malade pour :

- une investigation psychiatrique.

Nous sommes frappés, d'emblée, par son apparence calme, un certain état d'indifférence à la maladie. Elle nous accueille avec une politesse un peu guindée et des sourires ironiques lorsque nous l'invitons à un entretien personnel, ce qui nous laisse percevoir, derrière cette acceptation, un système passif de défense et de défi.

Visage d'adolescente dont l'apparence très juvénile est soulignée par deux courtes nattes, nouées chacune d'un bout de ruban. Les traits bien dessinés, sans grâce mièvre, ne manquent pas de finesse. Le regard vif, mobile, brillant, glissant sans arrêt sur les objets de l'ambiance, donne une impression de distraction permanente ou de dérobage.

Dès ce premier contact, nous apprenons que Denise est écolière dans un établissement d'enseignement professionnel d'une ville du Sud-Ouest en vue d'obtenir un brevet de couture d'art. Sa famille, de condition modeste, est composée du père - qui pourvoie à sa subsistance -, de la mère sans profession, et d'une soeur plus jeune de deux ans ; elle occupe un logement exigü et Denise n'a jamais connu d'espace familial moins restreint.

Les incidences de la guerre ont fait qu'elle n'a connu son père pour la première fois qu'à l'âge de six ans, élevée par la mère et la grand'mère paternelle. L'évocation de la soeur cadette, qui sera scotomisée pendant tout le reste de l'entretien, est associée spontanément à un souvenir anecdotique de jalousie enfantine rapportée sans aménité : très jalouse de la tendresse témoignée par les parents à la petite soeur, elle lui coupa, un jour, les belles nattes blondes qui faisaient l'orgueil de la grand'mère, pensant ainsi reprendre l'avantage dans cette compétition affective.

Et pourtant, dès sa naissance, Denise a été l'objet de soucis quotidiens pour ses proches : divers avatars de la pathologie infantile ont accablé sa première enfance, notamment les infections répétées des voies respiratoires, et des troubles digestifs, surtout dans les suites d'un sevrage très précoce par défaut de l'allaitement maternel. Cette fragilité reste constante durant la deuxième enfance et c'est à ce moment qu'apparaissent les difficultés alimentaires de type anorexique. Cet état entraîne un redoublement de sollicitude anxieuse de la mère et de la grand'mère qui cohabitent dans une atmosphère d'hostilité récipro-

que, l'absence du père, prisonnier de guerre, aggravant cette tension des rapports entre les deux femmes.

Les circonstances du retour du père sont l'objet d'une amnésie complète. Et à partir de ce moment s'aggravent les difficultés alimentaires préexistantes que les mesures de violence paternelles ne font qu'exaspérer.

A ce propos, nous incitons discrètement notre patiente à nous entretenir de ses parents, ce qui déclenche un éclat de rire sarcastique. Après une pause, elle nous déclare sans ambages qu'elle a eu la révélation, dès l'âge de six ans, de l'infidélité conjugale de la mère, première victime d'un réquisitoire filial qui restera le thème dominant. La mère, à en croire ce témoin, aurait eu une existence bien orageuse ...

Le père nous est présenté comme un personnage de comédie bouffonne, ridicule et pitoyable : "Il ne voit rien".

A ce moment, le débit verbal, qui n'avait jusqu'ici guère connu de trêve, s'interrompt brusquement et on note :

- des troubles vaso-moteurs,
- une torsion de la bouche,
- des mouvements stéréotypés des mains,
- des contorsions et des grimaces, la patiente se plaignant alors de douleurs dans la nuque et le dos : nous attirons son attention sur cette coïncidence, sans commentaires

L'entretien se poursuit sur le même thème

et nous dégageons vite l'attitude très ambivalente vis-à-vis des parents.

- Haine envers la mère, mais aussi jalousie et sentiment de dépossession de cet objet désiré qui est, par ailleurs, investi d'une très forte culpabilité et nous essaierons de voir par quel mécanisme la patiente a intégré cette culpabilité dans son évolution psycho-sexuelle.

- Mépris du père, mais désir ambivalent de trouver à la défaillance de son autorité virile, des valeurs substitutives d'estime et d'affection : il est impeccable dans l'accomplissement de ses devoirs professionnels, il pourvoit à l'entretien de la famille, "il apporte l'argent". Il a le goût de l'ordre et de la perfection et sa rigidité éducative lui confère une certaine autorité d'emprunt.

En tout cas, nous serons frappé par le contraste entre le portrait d'une enfant docile et passive que nous fera la mère quelques jours plus tard - la docilité classique des anorexiques - et les violents remous affectifs que soulève le thème de la mère. Et cette abréaction émotionnelle deviendra d'autant plus violente que les signes somatiques tendront à s'effacer après chaque séance de cure.

Mais quel crédit faut-il ajouter à un témoignage tel que celui-ci ? Enfant, elle aurait surpris sa mère au cours d'une visite chez un fermier, ami de la famille, dans une scène d'érotisme champêtre, à propos de laquelle notre malade nous découvre une veine de réminiscences mythologiques ..., sinon mytho-maniaques.

Cette attitude de "révélation-surprise", de "capture visuelle", abonde dans son imagination et sans doute faut-il y voir un mécanisme bien connu de projection et d'expression de tendances exhibitionnistes sous le mode de la simple calomnie.

Le coït des parents aurait été vu ou entendu la nuit de sa chambre d'enfant.

A l'âge de quatre ans, elle aurait entendu à travers la cloison les échos d'une altercation entre la mère et la belle-mère, celle-ci accusant sa bru d'abuser du pouvoir de ses charmes et des subtilités de sa coquetterie pour détourner à son avantage le fiancé d'une cousine.

Comme nous le verrons dans le commentaire de cette histoire, il faut faire la part des productions inconscientes d'une fantasmagorie infantile, d'un système de projection et de scotomisation, et des réactions traumatiques à des faits authentiques : c'est à cette catégorie qu'il faut rattacher un épisode qui fait date dans l'histoire anecdotique de la malade ; d'ailleurs, sa signification et ses conséquences sont inséparables de la trame affective sur laquelle il vient se broder.

A l'âge de 14 ans, elle est l'objet d'une tentative d'attouchement de la part d'un oncle qui avait déjà essayé de s'introduire de nuit dans sa chambre. La mère n'est mise au courant que plus tard, alors que vient de s'installer une modification importante du comportement et une boulimie suivie quelques jours plus tard d'un arrêt des règles. Rapidement se développe une obésité importante : "elle était, dit-elle, devenue grosse". Cet

état va durer environ trois ans, accompagné d'un cortège d'algies erratiques au niveau de la sphère abdomino-pelvienne, de lipothymies et d'un dérèglement neuro-végétatif, ainsi que de cauchemars nocturnes. A noter que depuis cet épisode sont apparus quelques éléments de la série phobique, par exemple l'impossibilité de rester assise à côté d'un homme dans un lieu public ou un transport collectif. (Elle s'étonne beaucoup de pouvoir rester allongée en présence de son médecin, assis à côté d'elle).

Mais voici un autre fait dont le rôle déclenchant dans le symptôme n'est pas moins important : depuis environ 6 ans, la mère souffre de dorsalgies lombaires, en rapport, dit-elle, avec une "décalcification", à un point tel "que la moelle épinière est visible à la radio ...". Fait notable, pendant toute cette période, Denise redouble de dévouement dans les soins ménagers, ce qui lui permet d'affirmer une certaine autorité dans le foyer, se substituant à sa mère, et aussi d'évincer sa soeur cadette, satisfaisant par là à la fois une grande agressivité et un désir de dépendance. Le père, par contre, se montre exclusivement préoccupé de la santé de son épouse, tandis qu'il devient de plus en plus froid et distant envers sa fille à qui il refuse malgré un tel témoignage de fidélité et de dévouement, ce qu'il accorde obstinément à l'épouse adultère. Il ne s'intéresse qu'à ses succès scolaires, dans la perspective orgueilleuse d'un statut social peut-être supérieur au sien. A défaut d'héritier mâle, il projette sur sa fille aînée, la mieux douée des deux, un "idéal viril", considérant la cadette sur un plan plus affectueux et lui concédant plus de fantaisie et de nonchalance.

Mais la scolarité de Denise est aussi le cadre de faits significatifs qui entrent en conjoncture avec ceux de la vie familiale et concourent à former le faisceau d'événements qui contribuent au caractère symbolique de cette "maladie". Elève très consciencieuse, apparemment douée de goûts artistiques, elle aime son travail "qui consiste à partir d'un fil pour aboutir à une oeuvre d'art" et, malgré la résonance bovaryste de ce cliché, elle parle avec un plaisir sincère du métier auquel elle se destine. D'ailleurs, ce sens esthétique, cette sorte de promotion culturelle par rapport à son milieu familial, ne va pas sans un certain malaise conflictuel dont elle est consciente, éprouvant malgré elle un sentiment de dédain coupable à l'égard des parents, qui ne partagent pas ses goûts et opposent à la pureté de ses aspirations des considérations matérialistes. Ce phénomène est également fréquent chez les anorexiques (L. MICHAUX et coll.) ; c'est aussi souvent un trait de la personnalité des céphalalgiques - notre malade a souffert également de céphalées névropathiques au cours de son adolescence -. Aussi a-t-elle projeté son idéal sur ses professeurs, et par l'effet sans doute d'une classique identification elle déclare avoir la vocation de l'enseignement.

Au début de l'année 1958, la mort d'un professeur, pour laquelle elle s'est prise d'une tocade, déclenche une réaction dépressive. Cependant, elle redouble d'effort dans son travail malgré une grande fatigue et des douleurs croissantes de la région dorso-lombaire. Pendant ce temps, la mère, rétablie, après un séjour hospitalier, a repris sa place prépondérante dans la famille. Denise, de plus en plus fatiguée, et souffrant au niveau du dos d'une manière croissante et acca-

blante, interrompt sa scolarité un mois avant l'examen qui doit sanctionner ses capacités professionnelles ... au grand désappointement du père.

Peu de temps après la rentrée scolaire de la même année, survient un nouvel incident. Elle entre en conflit violent avec un professeur et, pour ne rien omettre de significatif, signalons que ce professeur passe pour avoir provoqué, par son autoritarisme, un accident, d'origine émotionnelle, chez l'une de ses élèves qui, à la suite d'une sanction scolaire qui lui fait perdre son contrôle, est victime d'un accident de la rue, entraînant une impotence définitive d'un membre inférieur. Et c'est à ce moment que le drame éclate : notre patiente, à la suite de cette altercation, quitte l'école, et quelques jours plus tard est frappée de cette impotence fonctionnelle pour laquelle sa famille nous l'envoie.

La constellation familiale -

1°) Le père : a toujours refusé de se montrer ;

2°) La mère : assez fruste en comparaison de sa fille. Elle avoue spontanément une situation d'adultère discrète durant depuis sept ans, à laquelle d'ailleurs elle a décidé de renoncer, les affres de la ménopause ramenant sur le plan des joies plus frileuses ses exigences instinctuelles en voie d'apaisement. Appartenant à une fratrie de 8 enfants, son enfance et sa jeunesse furent rendues très pénibles par l'abandon du père. Si elle a réussi une assez bonne insertion familiale et sociale, il n'en fut pas de même des autres membres de la fratrie, notamment d'une soeur qui nous

intéresse à cause des affinités électives que sa nièce ressent pour elle. La tante, qui a échoué dans trois mariages successifs, et présente un déséquilibre caractériel certain, professe, à l'intention de sa nièce, des théories vaguement anarchistes sur la sexualité, un féminisme revendicateur et une attitude d'amazone agressive. Mais, là encore, il y a une source de conflit ; le caractère malsain de ce personnage n'échappe pas à notre patiente, malgré son vif désir de s'identifier à lui.

En conclusion, notre malade tourne à l'intérieur d'un cercle dont tous les points constituent un lieu de conflit.

- Du côté des hommes :

- . Le père, insaisissable et absent, n'offrant que l'aspect négatif de la virilité;
- . L'oncle : agresseur ;
- . Le grand-père maternel : image de paternité déchue.

- Du côté des femmes :

- . la mère : adultère ;
- . la tante, éprouvée comme une tentation dangereuse

Restent les substituts parentaux : les deux professeurs ; on a vu comment leur perte a coïncidé avec deux accidents successifs.

Commentaires

En fait, il s'agit d'un trouble portant

sur un appareil loco-moteur, en rapport avec une situation conflictuelle et de dispositions psychiques spéciales.

Nous avons souligné de nombreux détails qui nous ont paru significatifs dans l'histoire de cette malade pour essayer, sinon de comprendre absolument le déterminisme de ses troubles, au moins d'en opérer une approche thérapeutique suffisante.

Nous avons vu le polymorphisme des manifestations cliniques qui s'inscrivent en faveur d'une fragilité psycho-somatique :

- les difficultés de la première enfance,
- l'anorexie vers l'âge de six ans et une attitude d'opposition permanente,
- l'équivalent anorexique à la puberté
- des troubles viscéraux,
- enfin des rachialgies et un accident parétique de type pithiatique.

Par ailleurs, il n'existe aucun élément décelable actuellement de la série psychotique.

De la série hystérique classique, il faut retenir surtout :

- la facilité à s'approprier un thème morbide et à le fixer dans une attitude corporelle.

- une forte suggestibilité,
- la fécondité de l'imagination,
- une attitude tyrannique de revendication affective,
- un besoin massif d'identification à des personnalités auxiliaires.

- Non moins remarquables sont les processus de transformation de la réalité à partir d'une fantasmagorie infantile, témoin d'une fixation "archaïque" de l'affectivité ; par exemple, la relation avec la mère est toujours vécue sous la forme d'un amour-possession très ambivalent et dans la plupart des motifs de ressentiments allégués, il faut voir la persistance de processus précoces de captation et de frustration de l'objet maternel. Le père a été trop faible pour permettre l'identification dynamique à une image masculine : "il ne règne" pas sur la famille, il ne sera jamais une figure royale. D'autre part, il est trop peu gratifiant pour effacer l'image traumatisante du mâle agresseur en la personne de l'oncle. Enfin, on se souvient qu'il a été très mal accepté et même scotomisé lors de sa première apparition à l'âge de six ans.

Traitement

Il a consisté uniquement en une psychothérapie pratiquée à l'hôpital à raison de 4 séances par

semaine, prolongée pendant 8 semaines environ.

L'installation, d'emblée, d'une bonne relation, la verbalisation aisée dont a fait preuve notre patiente dans l'ab-réaction de ses conflits, nous a incité à ne pas être trop interventionniste, nous permettant cependant de contrôler ses diverses réactions somato-affectives, d'affirmer notre présence d'une manière parfois invigorante, parfois substitutive, dans les moments les plus critiques. Nous sommes intervenu sans rencontrer de résistance dans l'interprétation d'un riche matériel onirique, bien thématisé, où la hantise et la crainte des problèmes sexuels n'ont pas tardé à faire place à l'apparition symbolique du psychothérapeute exigé de plus en plus instamment comme la révélation d'un "bon objet". (Il est de règle, chez ces malades, que les réactions transférentielles sont rapides et massives). Leur suggestibilité est un bon appoint dans une attitude d'induction et de soutien. Ces malades, dont le "Moi", faible, est à la recherche d'un auxiliaire, s'accrochent et se laissent facilement guider par leur médecin une fois qu'il est accepté.

La régression des troubles somatiques a commencé dès la fin de la première semaine de cure, qui s'est terminée par un "plan de vie" auquel doivent

coopérer les parents : il est entendu que l'isolement de la famille sera pratiqué d'une manière acceptable. Denise va reprendre son année scolaire en résidence dans une pension, s'étant fixé le délai d'un an pour assurer un début d'autonomie économique et morale. Envisageant son avenir d'une manière objective et assez adulte, elle a pris une distance rassurante avec son passé et il n'est plus guère question de la symptomatologie rachidienne qui semble ramenée à sa tonalité normale. Mais le thérapeute est déjà devenu une douce habitude dont le renoncement provoque de nouvelles difficultés de bon augure, cette fois ... Finalement, elle nous quitte en parfait état physique, et avec une certaine euphorie.

Un recul de deux ans et quelques contrôles effectués dans ce délai permettent des conclusions relativement optimistes, sans garantie certaine sur l'éventualité de récidives dont on ne saurait prévoir les modalités symptomatiques. La patiente conserve sa labilité affective, des traits mythomaniaques, une certaine inconsistance, mais son comportement nettement plus adulte se trouve favorisé dans cette évolution par un encadrement professionnel et une insertion sociale correcte qui offre en même temps l'avantage d'un isolement normal du milieu familial.

La collaboration de l'Assistante Sociale du Service s'est révélée très utile.

En résumé, ce cas nous a paru particulièrement intéressant par la rapidité des résultats d'une brève psychothérapie, conduite dans un service hospitalier.

Nous avons étiqueté ce diagnostic : hystérie de conversion ; en fait, les frontières de la pathologie psycho-somatique - à polarité plutôt viscérale - et de l'hystérie de conversion deviennent très imprécises dès qu'on a la notion d'un trouble somatique quel qu'il soit, en rapport avec une situation conflictuelle dont seules l'investigation de la personnalité du malade, la connaissance intime de son histoire personnelle, grâce à une relation adéquate médecin-malade, peut fournir la genèse et éventuellement la solution.

OBSERVATION XIII

M. J..., 53 ans, travailleur du bâtiment - Nationalité polonaise.

Manifestations hypochondriaques et sinistrosiques déclenchées par un traumatisme léger, avec angoisse pseudo-phobique sur un fond de névrose d'épuisement.

Le tableau clinique

- Tremblement de la nuque,
- Algies tenaces et intolérables de la nuque avec légère déviation de la tête du côté gauche.

Tous ces signes sont apparus progressivement à la suite d'un accident du travail : chute d'un échafaudage au mois de novembre 1955 suivie d'une légère perte de connaissance. Mais pas de commotion importante, pas de fracture, pas de traumatisme crânien. Cet accident s'est accompagné d'une frayeur réactionnelle intense. Après une courte phase de sidération et d'anxiété traînante s'installe peu à peu un cortège de troubles réactionnels avec idées obsédantes d'une fracture méconnue grave et d'une catastrophe imminente.

Le récit de cet accident réactive une forte décharge émotionnelle - mimique, gestes, voix pathétique - au cours de laquelle il éprouve des impressions de craquements sinistres au niveau de son rachis cervical, comme dans les jours qui ont suivi sa chute.

Des examens cliniques et paracliniques répétés sont toujours restés négatifs.

Malgré l'attitude rassurante de l'entourage et du milieu médical, dans les mois qui suivent s'installent :

- une algie cervico-nuchale
- une contracture progressive entraînant une torsion intermittente du cou,
- des troubles vaso-moteurs avec alternatives de frissons et de crises sudorales

- une insomnie rebelle, le malade refusant de s'allonger dans son lit,
- enfin, une asthénie progressive l'amène à réduire progressivement toute activité professionnelle et motrice

Alors commence le harcèlement des milieux médicaux : il consulte un nombre imposant de médecins de la région en plus des services de la médecine du travail. Les examens complémentaires les plus divers sont multipliés sans résultat. Mais ces diverses investigations et l'accueil toujours favorable qui lui est réservé ne font qu'aggraver son inquiétude qui s'organise sous forme d'angoisse, de pressentiments sinistres et d'interprétations hypochondriaques les plus variées.

Il continue cependant à tenir son emploi et conserve sa réputation de travailleur consciencieux pendant quelques mois bien que la baisse du rendement préoccupe la direction de l'usine. Devant l'aggravation des algies cervicales et de l'asthénie, le service de la médecine du travail le fait hospitaliser à Lyon, dans le Service du Docteur WERTHEIMER. Des examens systématiques sont pratiqués une fois de plus durant cette hospitalisation et on ne relève qu'une banale arthrose du type C₃-C₆-C₇ et "un syndrome cervical postérieur" est évoqué³ : en tout cas, ce vocable restera gravé dans la mémoire du malade. Il tire un grand bienfait d'une physiothérapie : tractions sur table, massages.

Mais la reprise des troubles le conduit rapidement à assiéger de nouveau les services médico-sociaux qui le renvoient à Lyon, dans le même département hospitalier. Ainsi se prolonge un véritable relais médical, un vrai marathon pour notre malade qui utilise ainsi toute son énergie dans une tension soutenue et une lutte livrée davantage aux services médicaux qu'à sa propre maladie. On tente l'essai d'une minerve qu'il ne pourra tolérer plus de deux mois et demi, non sans un cortège de réactions hystéroïdes entrecoupées de nombreux appels d'urgence au médecin traitant. A la minerve font suite des séances de massages à domicile qui sont décrits avec des gestes précis de technicien : d'ailleurs, l'abus d'expressions gestuelles et corporelles est frappant chez ce malade dont, pourtant, la faculté d'expression verbale est satisfaisante. Le masseur lui a déclaré un jour : "Vous êtes tout rouillé", et cette phrase continue encore à l'obséder avec l'image d'une tige de fer hors

d'usage qui figure son axe cervical... Nous avons dit qu'il travaillait dans le bâtiment. Et c'est à la fin d'une séance de massage que survient un tremblement incoercible. A partir de ce moment, le malade, qui a cessé toute activité professionnelle, va entrer dans une phase qui évoque les états de grande sinistrose :

Couché, il adopte des positions invraisemblables, quasi acrobatiques, pour conjurer des sensations d'oscillations dans tout le corps et une instabilité vertigineuse. Il fait des courses nocturnes, s'épuise dans de longues marches et ne parvient à dormir que dans une position agenouillée évoquant la "prière mahométane" classique des épanchements péricardiques. Dès lors, le coucher, les repas et toute son existence s'entourent d'un cérémonial d'attitudes, de gestes, d'un rituel obsessionnel entrecoupé de démarches fréquentes auprès des médecins qui l'écoutent d'une oreille compatissante et restent, heureusement, sobres de prescriptions médicales, tandis que le dossier radiologique augmente d'épaisseur chaque mois. Puis apparaissent des lipothymies, des troubles du caractère, une exaltation de l'humeur alternant avec des phases de dépression, où il reste dans un état de prostration.

En juin 1957, le Dr. WERTHEIMER refuse de le recevoir dans son service et le fait renvoyer, non sans l'avoir doté d'une prescription de barbituriques et de neuroleptiques. Dans le train du retour, une lipothymie lui vaut toutefois la compensation de soins qui lui sont prodigués dans le bureau d'un chef de gare. De retour chez lui, son état s'aggrave encore et cette fois il s'adresse au Secrétariat des Mutilés du Travail et, après un nouveau relais médical dans la capitale, nous le trouvons à la consultation du Docteur LAYANI, en juillet 1957.

Nous notons que le récit est devenu de plus en plus pathétique, interrompu par de nombreuses crises de larmes. Mais le tremblement nuchal a disparu et les manifestations algiques semblent vécues rétrospectivement. Pendant tout ce temps, nous avons pu examiner le malade et le mobiliser sans être gêné par la moindre résistance ou même une réaction de contracture.

Le Docteur DRUPT pratique à cette époque une "phénolisation du sphéno-palatin" : un grand effroi et un désarroi émotionnel accompagnent ce geste, suivi presque aussitôt d'un soulagement considérable, comme

si "le ressort qui immobilisait son côté gauche s'était rompu sous l'effet d'un nouvel accident"... favorable cette fois. Le tremblement cesse dans le même délai. Mais il persiste cependant un état d'anxiété diffus et de malaise indéfinissable.

On tente un nouvel attouchement endo-nasal quinze jours plus tard, après quoi, l'intensité des troubles diminue considérablement ; mais le malade garde l'habitude des manoeuvres rituelles qui lui permettent de supporter le décubitus nocturne et l'insomnie toujours persistante.

Une reprise du travail est tentée en octobre 1957, après une quatrième phénolisisation. Il a changé d'emploi en vue de réduire au minimum son effort physique et on lui confie des fonctions de contrôleur d'équipe de travail. Il doit faire preuve d'autorité, montrer plus "d'effort de tête que d'usage de sa force physique". Dès lors, il interprète cette mutation comme la consécration d'une déchéance physique, d'autant plus que son salaire a diminué par l'effet de la suppression des primes et heures supplémentaires.

Un deuxième avatar vient rompre ce début d'équilibre, d'ailleurs très précaire : un accident de la voie publique, cette fois provoquant une fracture du péroné.

L'étude psychiatrique de ce malade permet de retenir plusieurs éléments où les dispositions psychiques "constitutionnelles" interfèrent avec les problèmes sociaux et les facteurs exogènes. D'une part, il existe certainement une psycho-structure obsessionnelle chez ce sujet depuis toujours méticuleux, aussi soucieux de l'ordre domestique que de l'exécution de ses devoirs professionnels ; sa tenue vestimentaire est l'objet de soins militaires ; en l'absence des "petits papiers" mnémotechniques, sa mémoire est un registre où tous les faits de son histoire pathologique sont classés sans la moindre lacune. Le malade nous entretient inlassablement, deux heures durant, avec une énergie sans faiblesse : d'ailleurs, il semble en retirer un bénéfice immédiat apparent. Son épouse nous confirme son goût de la petite épargne, son obstination dans l'exécution pointilleuse des moindres tâches, un souci exagéré de la propreté, de l'ordre ... Il n'est pas facile, chez ce sujet un peu fruste, d'obtenir des renseignements sur sa vie sexuelle

qui semble cependant avoir été très terne et peu active. Mais depuis l'âge de 45 ans, il est frappé d'impuissance sexuelle installée bien avant son accident.

Il faut aussi signaler l'aspect de l'émigrant polonais, préoccupé essentiellement de s'accrocher à un milieu social étranger, parfois hostile, dans un monde réduit le plus souvent au cadre professionnel de l'usine. Enfin, ce sujet, flanqué d'une épouse particulièrement émoussée, ajoute à ses particularités ethniques les incidences d'une disposition mentale qui n'est pas sans évoquer certaines particularités que nous connaissons bien de la pathologie du Nord-Africain vivant dans la métropole : une émotivité primaire, un fond mental magique où les relations physiques avec le monde sont vécues souvent sur le plan d'un symbolisme interprétatif, une grande labilité de l'humeur, une tendance au raptus anxieux qui tournent court et, enfin, des tendances hypochondriaques qui défient toute systématisation. L'état dépressif du type névrose d'épuisement, est certain chez ce sujet. La désinsertion professionnelle progressive ramène chez lui au premier plan des manifestations de régression affective et une involution des structures affectivo-intellectuelles. Cependant, nous n'avons pas décelé de délire sous-jacent, ni d'affaiblissement intellectuel en dehors de l'inhibition consécutive à l'état dépressif.

Traitement

Vu l'âge du sujet, son statut ethnico-social, le degré profond d'organisation des troubles, la psychostructure du sujet, nous renonçons à toute tentative psychothérapique directe et notre bilan thérapeutique se résume ainsi :

Bon résultat, mais peu durable, obtenu par les méthodes de choc mineures : succès transitoire de la phénolisation du sphéno-palatin.

Thérapeutiques biologiques : calcium intraveineux, vitamino-thérapie, hormonothérapie (androtardyl 100, une fois par mois).

Un traitement antidépressif : Imipramine : Posologie optima : 3 fois 25 mg pro die précédée de Lévipromazine jusqu'à 5 fois 25 mg. Posologie ramenée à 50 mg (sous surveillance de son médecin traitant) puis association des deux médicaments.

Résultats

Nous avons revu ce malade récemment : l'amélioration est assez sensible pour lui permettre une réinsertion professionnelle réduite, mais son état reste toujours précaire. Ce patient qui n'est ni un simulateur ni un revendicateur, pose le problème délicat d'une indemnisation et des conditions de réadaptation professionnelle qui laisse souvent au dépourvu les services de médecine du travail incomplètement organisés dans ce sens.

OBSERVATION XIV

Madame B..., 35 ans

Un cas typique de cervico-céphalgie en rapport avec une situation conflictuelle aigüe dont la malade est d'ailleurs en partie consciente.

Dans ce cas, les préoccupations physiques sont à l'arrière-plan et n'ont servi que de prétexte à la malade pour venir chercher avant tout auprès du médecin un réconfort moral ...

Il s'agit d'un état dépressif réactionnel qui s'est aggravé depuis un an et rythmé par les variations d'intensité des difficultés conjugales avec lesquelles notre malade est aux prises.

C'est là que se situe le problème psychopathologique, car la faiblesse névrotique de la malade confère aux événements actuels une place et une signification pathologique dans un contexte d'immaturité affective qui l'amène à vivre cette situation sur le registre de conflits similaires répétés tout au long de l'adolescence.

Un état de dépendance récriminative est facilement déplacé de la figure conjugale à l'image paternelle. Une mauvaise identification au personnage du père se conjugue avec un refus de s'identifier à la mère dont l'exemple de soumission conjugale représente une menace et suscite une défense hostile.

Echec de la vie conjugale avec un mari impuissant et jaloux, un peu pervers, pas de vie sexuelle depuis dix ans.

Aucune possibilité de dérivation et de compensation affective, aucune fuite possible sur un plan professionnel ou culturel.

Il existe un cortège de troubles végétatifs:

- vomissements,
- troubles des règles
- entéro-colite, cystalgies, métrite subaiguë,
- troubles sudoraux, hydrose palmaire,
- enfin, cervico-céphalalgies intermittentes.

Comme il arrive chez ces sujets à tendance dépressive, on note ici une hypotonie musculaire convenant bien d'ailleurs à une morphologie longiligne asthénique.

Traitement

Une psychothérapie a été instituée, amenant un relèvement rapide du tonus. Elle a été facilitée par la présence de grandes ressources affectivo-sexuelles et une régression affective moins importante que ne le laissait supposer un schéma structural établi au début de la cure.

A noter, au cours des réactions à cette cure, des accès de cervicalgies intenses, venant souligner les moments particulièrement difficiles du traitement pour la malade.

En conclusion, il s'agit d'une situation conflictuelle simple traitée par des moyens psychothérapeutiques à visée limitée. Elle est liée à un traumatisme affectif précis et facilement identifiable avec peu de troubles du développement de la personnalité.

Le pronostic ultérieur dépend de la possibilité de supprimer les facteurs nocifs exogènes.

Mais le vrai problème thérapeutique reste,

en définitive, celui de la force de la malade et de sa capacité psychique à trouver une solution réaliste de ses difficultés : c'est le rôle de renforcement du "Moi" que se propose en définitive toute psychothérapie.

OBSERVATION XV

Monsieur P....

Le malade se présente à la consultation après un long périple médico-chirurgical.

Le début clinique de la maladie est difficile à dater avec précision, le malade étant fasciné par l'aspect actuel de l'évolution de sa maladie. D'une façon sommaire les étapes cliniques successives reconstituées d'après différents éléments d'un dossier volumineux et les déclarations imprécises du malade sont les suivantes.

Vers 1958, son médecin traitant se trouve dans le plus grand embarras devant :

- des crises douloureuses à point de départ dans la région sous-claviculaire gauche ; elles s'étendent rapidement à tout l'hémithorax gauche avec prédominance de la région antérieure et irradiation dans le bras du côté homolatéral. La palpation de la région sous-claviculaire provoque une douleur intolérable sur ce fond d'hyperpathie. A plusieurs reprises, il a été constaté que ces douleurs n'ont aucune incidence cardio-vasculaire. Elles sont exacerbées par toute tentative de mouvement volontaire, à un moindre degré par la mobilisation passive ; seul le décubitus atténue des douleurs qui ne cèdent qu'imparfaitement aux anti-algiques les plus divers et d'une manière paradoxale. Cependant une crise d'une exceptionnelle violence, en novembre 1957, ne cède qu'à la morphine.

Antécédents personnels : chorée pendant l'enfance. En 1948, une discopathie survenue à la suite d'un violent effort, a fait l'objet d'une intervention chirurgicale pratiquée par le Professeur LAZORTHES : hémilaminectomie et ablation d'une hernie discale Lh - LS.

Dans le dossier on trouve mention de traitements divers pour une cervicarthrose et sur un cliché radiologique l'indication d'un léger pincement de l'interligne C1 - C2.

Examen.

Il existe un réseau veineux superficiel turgescent de la région claviculaire et sous-claviculaire gauche et des varices du bras gauche.

Un rapport d'un médecin cardiologue signale une insuffisance aortique bien compensée qui serait liée à la chorée de l'enfance. Il n'y a pas de corowarite pouvant expliquer les douleurs (examen du docteur MAY) mais on note une hypertrophie ventriculaire gauche modérée et un trajet aortique un peu dilaté.

Tous les examens de laboratoire sont normaux.

Une artériographie pratiquée à l'hôpital Foch permet d'exclure l'hypothèse d'un anévrisme artério-veineux de la sous-claviaire, mais montre l'existence d'un barrage veineux au niveau de la veine axillaire gauche.

Trois infiltrations novocaïniques du sympathique cervical loin de calmer les douleurs occipito-cervicales et cervico brachiothoraciques les ont au contraire exasérées tant dans la fréquence des crises que dans l'intensité de leur fonds continu.

A ce moment, le dernier médecin traitant est frappé par l'altération du psychisme du malade.

"Je ne veux rien faire de plus, conclut un dernier rapport médical, que de donner un traitement symptomatique dans l'ignorance où je suis de la cause des douleurs ; j'espère que vous la trouverez".

Cependant à l'hôpital Foch, en plus des soins chirurgicaux, le malade a été l'objet de soins psychiatriques malgré quoi il quitte l'hôpital avec un comportement tel qu'on ne fait rien pour le retenir et il s'adresse à l'hôpital Broussais, où il est suivi un certain temps dans le service du Professeur DUBOST.

Puis, avant-dernière étape dans le service du Professeur COSTE, où soumis essentiellement à un traitement psychiatrique, il épuise rapidement et vainement les suprêmes ressources de la psycho-pharmacologie. Le malade a été particulièrement intolérant à une cure d'Imipramine à laquelle il a réagi par un excès d'excitation violente. Il n'a pas mieux toléré l'Iproniazide ni les neuroleptiques. On confie alors le malade à un neurochirurgien qui pratique une radiscotomie de trois racines cervicales : C1 - C2 - C3 associée à une sympathectomie.

Le rideau tombe sur ce dernier acte chirurgical qui remonte environ à un an, et le deuxième acte s'ouvre dans le cadre du Pavillon de consultation de la Pitié, où notre maître, le docteur LAYANI, nous confie ce malade dans un état de prostration dont il ne sort que par des impulsions coléreuses. Depuis un an, il a sombré dans l'apragmatisme social.

Enfin, nous compléterons ces préliminaires par une énumération abrégée des thérapeutiques consignées dans le dossier.

- Toutes les vitamines y figurent : l'Iode, le soufre, la phénylbutazone y tiennent une bonne place, qu'ils partagent avec les opiacés, le palfium ,etc....

- La gamme complète des médications cardio-vasculaires y voisine avec les divers neuro-leptiques et thymoanaleptiques. Différentes infiltrations analgésiques ont été essayées et le malade s'est familiarisé avec tous les modes radiologiques de tous ordres et plusieurs E.E.C., un ortocardiogramme, une artériographie viennent s'ajouter à un important dossier, et nous en passons ...

Monsieur P....., âgé de 57 ans, intéresserait sûrement un physiognomoniste par l'aspect rétracté de son visage, la violence crispée des traits, la saillie des masséters contractés, le regard sec, des petits yeux enfoncés qui ne brillent pas d'un éclat particulièrement tendre. Par ailleurs une robuste charpente athlétique évoque une certaine typologie souvent associée au caractère impulsif et à une émotionnalité primaire. Il n'est pas inutile de noter ce morphotype dans la perspective psychosomatique d'un sujet dont l'adaptation sociale précaire et le seuil de vulnérabilité abaissé à l'occasion d'une rupture d'équilibre physiologique sont en rapport avec des traits accusés d'une certaine personnalité.

P.... acquit dès l'enfance la réputation d'une "tête dure". Orphelin dès l'âge de 5 ans de son père instituteur dans un village breton, il était le 4^e d'une fratrie de 6 enfants mais, grâce à son développement statural et musculaire précoce, son caractère agressif et téméraire, il ne tarda pas à étendre sa domination à toute la fratrie. Un beau-père également instituteur venu remplacer le père alors qu'il avait 10 ans essaya vainement de lui appliquer une discipline spartiate qui ne manqua pas de faire surgir des conflits conjugaux. A l'occasion d'un châtiment corporel dont le malade garde le souvenir aussi intense qu'hostile surviennent des mouvements anormaux rapportés rétrospectivement à une "chorée"

comme nous l'avons vu, diagnostic nullement assuré, l'épisode choréiforme n'ayant duré qu'un mois en l'absence de traitement. Jusqu'à l'âge de 15 ans, il manifesta des dispositions caractérielles névrotiques, le terme de "blouson noir" n'ayant pas été encore inventé. Ses activités clastiques hors du milieu familial lui valurent la réputation locale d'un "dur" motivant des interventions policières. Et pourtant la répression corporelle lui était copieusement appliquée par la mère qui en revendiquait le monopole. A l'âge de 11 ans se situe un épisode notable : au cours d'une bagarre avec la mère un coup de bâton lui fracture le poignet gauche dont notre malade assure avoir gardé une certaine gêne fonctionnelle. Cependant, entre sa mère et lui malgré l'apparence, les liens affectifs étaient très forts et il ne peut encore les évoquer sans une intense expression émotionnelle d'attendrissement filial. D'ailleurs, la mère le protégeait indirectement contre toute intervention disciplinaire qui ne relevait pas de son autorité exclusive et secrètement elle admirait la puissance physique, l'audace précoce et jusqu'aux exactions diaboliques de son poulain favori et les fustigations n'étaient probablement qu'une forme particulière de sa sollicitude.

La mère est représentée comme une matrone énergique et dominatrice. Tenancière de café elle menait sa clientèle à la baguette, imposait l'ordre et le respect aux clients les plus douteux et notre patient en évoque une vision, le fouet à la main "comme un dompteur dans une cage de fauves". Le beau-père lui-même s'inclinait devant l'autorité de sa virile épouse. Et cependant notre patient ne conserve de ce régime matriarcal que le souvenir ému d'un amour maternel très attentif et il confond dans la même nostalgie, tendresse et rudesse maternelles. La scolarité de l'adolescent sous la férule pédagogique du beau-père fut très défectueuse du fait d'une instabilité incoercible. Il ne put jamais obtenir son certificat d'études. Il faut noter aussi dans ses antécédents une gaucherie ou plutôt une ambidextrie qu'on s'efforça toujours de contrarier dans l'entourage familial et scolaire.

A l'âge de 15 ans, employé dans une boulangerie et soumis à de rudes corvées, sa conduite s'amende de façon inattendue. Il commence à s'adonner au football avec frénésie et il attribue rétrospectivement les modifications favorables de son comportement à cette passion sportive à laquelle il restera fidèle jusqu'à l'âge de 34 ans occupant une place d'honneur dans "la meilleure équipe" de la police parisienne. Il a participé aussi honorablement, aux concours militaires de décathlon.

A l'âge de 20 ans nous dit-il ce fut un brillant conscrit et il connut la fierté romaine de "posséder le meilleur indice physique au conseil de révision : 80 Kgs, 1m, 72."

Bien plus que ses performances physiques, son caractère particulier lui désignait sa vocation ; il entrera dans la police à l'âge de 27 ans après avoir fait diverses tentatives professionnelles où il échoua par suite de son impulsivité, de son inhabilité aux travaux précis et des difficultés de relations interpersonnelles dans le milieu professionnel.

A 25 ans, il contracte un mariage qui durera jusqu'en 1948, bien que dès l'âge de 20 ans il ait adopté une certaine ascèse de sportif se représentant la vie sexuelle comme néfaste et contraire à la culture du corps. Ses préoccupations narcissiques vont même jusqu'au prosélytisme et avant chaque match dominical il répète à ses coéquipiers au milieu desquels il assure le rôle de capitaine : "Souvenez-vous que le Samedi est un jour de recueillement".

En 1932, il est traité par radiothérapie pour une coccygodynie rebelle suite à un petit accident de la voie publique. Et voilà que s'installe rapidement une impuissance "post-radiothérapique". Comme notre malade ne manque pas de rigueur et de suite dans son raisonnement il aura la révélation de la cause de cette impuissance en 1954 dans les circonstances suivantes: traité à cette époque pour une lombosciatique il capte cette parole prononcée en milieu hospitalier : " une radiothérapie à son âge et à cet endroit !...." Cette lombo-scialtagie aboutit finalement à une cure chirurgicale ce qui ne l'empêchera pas de se perpéner jusqu'au passage dans notre service.

Son adaptation professionnelle dans la police fut excellente. Il y satisfait à plaisir son goût de la bagarre, et sa sportivité particulièrement agressive. L'ancien chef de bande du village était devenu un agent de police très bien noté. Dans tous les rapports administratifs concernant sa conduite professionnelle on soulignait son zèle et sa bravoure. Il opérait dans une brigade spécialisée dans l'arrestation des "durs" et les missions périlleuses dans certains milieux interlopes du 17^e arrondissement. Son audace et même sa témérité n'ont pas de limite. Il enfonce les portes à coup d'épaule avant que n'arrivent ses compagnons de soutien et il exulte dans cette démonstration de puissance qui soulage d'autant une anxiété liée au déficit d'un certain potentiel physiologique.

Mais son excès de zèle et son imprévoyance vont se retourner contre lui pendant l'occupation : son activité dans la répression de la Résistance avec la même spontanéité et la même rigueur professionnelle qu'avant la guerre lui vaudra à la Libération de rendre des comptes lourdement grevés. Nous n'avons pas trop insisté sur l'enquête de ces faits d'abord pour mettre un terme à de véhémentes récriminations et surtout pour éviter l'apparition transférentielle du médecin en personnage judiciaire. Le résultat de ses tribulations fut une condamnation à 5 ans de travaux forcés, exclusion professionnelle, privation de droits civiques et incarcérations successives dans les prisons de Fresnes, de Poissy et de Toulouse.

D'après le profil psychobiographique que nous avons ébauché, on devine la rupture subie par ce sujet déjà fragile et les difficultés qu'il a dû rencontrer pour retrouver des modes possibles de réintégration dans un monde où son insertion était déjà factice avant cet accident. Son échec lui reste incompréhensible et son jugement déjà faux par nature, interprète ses événements personnels dans le sens de l'injustice subie et de la persécution. Le monde est pourri, lui-même n'est qu'une innocente victime d'une société incohérente, à laquelle l'agent d'élite P... matricule X... oppose sa conscience professionnelle et son sens personnel de l'honneur. Les autres sont faux, lui est resté droit.

De nouveaux avatars vont compléter ses malheurs. En 1948, il a purgé sa peine d'emprisonnement mais il apprend le départ de son épouse qui a contracté une nouvelle liaison. Son fils expatrié en Amérique du Sud est parti pour fuir la honte de la situation parentale.

L'ablation d'une hernie discale à Toulouse ne l'a pas empêché de continuer à souffrir d'algies rachidiennes diffuses et généralisées accompagnées d'un sentiment très vif de diminution physique.

Malgré l'altération de sa santé, plus aniné de colère que de honte, il tentera de se réadapter socialement dans une place de pointeur-payeur dans une usine, espérant retrouver dans ce rôle de surveillance une préférence professionnelle et une sorte de réhabilitation plus ou moins consciente. Mais il ne supporte pas l'immobilité, la station assise ou debout, le travail de bureau et il sollicite partout des rôles actifs voire violents. Il trouve même un soulagement temporaire dans les exercices violents tels que des besognes de bûcherons.

Autre fait caractéristique : les spectacles violents : football, boxe, catch suspendent pour un temps ses malaises. Les rêves nocturnes à thème de violence subie ou infligée sont fréquents et suivis au réveil de courbatures et d'endolorissement de tout le tronc.

Depuis 1950, il est remarié avec une épouse apparemment très charitable sous le régime "du lit à part" ce qui n'a pas empêché notre malade d'ajouter récemment à son bilan pathologique un eczéma des bourses de cause inconnue soigné dans le service du Dr. BOLGERT dont on sait la prise en considération des problèmes psychosomatiques en dermatologie.

Evolution et traitement :

- psychothérapie et chimiothérapie : levopromazine pendant plusieurs mois puis chlorodiazopoxyde.

Nous avons suivi ce malade pendant 18 mois et nous lui avons consacré de nombreux entretiens hebdomadaires qui nous ont valu son entière confiance et sa fidélité. Le trait qui nous a paru longtemps le plus frappant de son caractère a été celui d'une structure paranoïaque et d'un système projectif de ses réactions affectives. Engagé dans une procédure de réhabilitation judiciaire et de revendication en dommages et réparations, il a déployé une ardeur processive qui l'a conduit jusqu'à s'adresser par correspondance au Président de la République (ce dont nous l'avons vivement dissuadé).

Réconcilié avec la société et même les médecins, il a progressivement reconstruit sa vie dans un milieu protégé grâce à la collaboration de sa maternelle épouse. Replié consciemment dans une propriété champenoise, il vaque aux travaux viticoles de l'exploitation familiale.

Nous avons enregistré au bout de quelques mois une diminution de son hypersthénie, une régularisation parfaite du sommeil avec l'appoint de faibles doses de levopromazine.

- Une sédation considérable des phénomènes algiques et la disparition complète des séquelles douloureuses d'une lombo-sciatique opérée depuis plusieurs années.

- Une reprise de l'activité physique et d'un certain intérêt aux relations humaines avec moins d'hostilité et de méfiance.

.../...

- L'atténuation de son attitude querellante et revendicative est allée jusqu'à l'extinction de ce comportement après l'obtention d'une réhabilitation financière et morale à la suite de ses instances judiciaires poursuivies avec plus d'habileté, de sérénité et de mesure.

- Sur le plan somatique l'état du sujet est floride mais il persiste des accès paroxystiques douloureux au niveau de l'hémithorax gauche et dans la zone cervico-brachiale correspondante qui paraissent se superposer à une anomalie vasculaire et neuro-vasculaire sans pour autant nier un résidu de majoration cinestopathique.

Par quels moyens avons-nous obtenu ces résultats incomplets mais néanmoins reconnus assez satisfaisants par le malade et son entourage ?

Nous ne saurions le dire nous-mêmes exactement. Par une manière d'être consubstantielle et en même temps objective avec le sujet, nous l'avons surtout disculpé. Nous avons renoué avec lui un type de relation humaine extensible et nous l'avons préparé finalement aux concessions d'un nouveau pacte social qui reste cependant plus près de la nature que de la collectivité humaine. Du monde de la terreur et des complexités sociales auxquels il ne sera sans doute jamais adapté, nous l'avons induit sinon vers une acceptation normale des rapports humains, au moins vers un monde de réconciliation conditionnelle dans le cadre restreint d'une société rurale plus propice à sa vulnérabilité affective et à son intégrité psychosomatique non moins fragile, que les groupes professionnels des collectivités urbaines.

Conclusion.

Il faut souligner dans ce cas, outre l'absence regrettable d'une intervention psychiatrique plus précoce et la nécessité dans de tels cas de mettre rapidement un terme aux périples hospitaliers qui sont autant de facteurs de culture hyponchondriaque, l'intérêt de certains traits typiques de la personnalité du sujet, plus importants que les facteurs réactogènes de milieu social.

Nous avons vu ses modes de perception affective et de relation organisés dans un système projectif répondant à une structure paranoïaque.

Ce sujet a été constamment soumis à des automatismes impulsifs correspondant à une psychophysiologie neuro-musculaire visiblement primaire tant dans sa phase évolutive de maturation que dans un état de répression pathologique.

Dès son jeune âge il affirme son existence dans une exaltation physique et motrice de la conscience de son corps sous des formes de domination et d'opposition à l'entourage familial qui ne manquait pas de facteurs pathogènes.

Dès cette période son mode de relation avec le monde préfigure un type de réactions psycho-motrices à des besoins immédiats de satisfactions, vécu sur un registre primaire de cénesthésie, tact, contraction et détente, qui exclut une évolution normalement différenciée d'où champ de perception et d'appréhension des rapports interhumains.

Nous avons indiqué dans notre exposé que la fragilité psychosomatique de tels sujets s' affirme électivement par des perturbations fonctionnelles neuro-musculaires en réponse aux stimuli du monde extérieur, con-

séquence d'une interprétation psycho-affective défectueuse.

Il est évident que dans ce cas les interventions chirurgicales ont fourni un complément traumatique et un facteur très important d'organisation hypochondriaque favorisé en outre par les dispositions revendicatives d'une personnalité paranoïaque.

OBSERVATION XVI

EVOLUTION PSYCHOSOMATIQUE D'UNE LOMBALGIE

Association de chimiothérapie et de psychothérapie

Observation de

J. DELAY, P. DENIKER et J.C. BENOIT

(Revue de Médecine Psychosomatique -tome 3,n°2 1961)

Il s'agit d'un exemple où l'intrication d'éléments somatiques fonctionnels et de complications psychiatriques ont abouti chez un sujet qui présentait antérieurement une affectivité morbide, à l'organisation d'un état hypochondriaque fixé sur une lombalgie provoquée au début par une discopathie bénigne. Une hémilaminectomie avait favorisé une cristallisation cénestopathique qui devait conduire progressivement le malade à la ruine de ses liens affectifs, familiaux et sociaux, jusqu'au jour où une intervention psychothérapique et chimiothérapique simultanée appliquée d'une manière tenace et prolongée, permit de redresser la situation et d'obtenir une certaine réadaptation du malade.

Il ne fait guère de doute qu'une intervention psychiatrique plus précoce aurait évité au sujet d'atteindre la phase ultime de désocialisation à laquelle il avait abouti.

M. P....., âgé de 51 ans, exerçant une profession libérale jusqu'en 1953, se présente à la consultation de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale en juin 1957. Il se plaint de douleurs musculaires diffuses au niveau du tronc et du rachis et d'une sensation de constriction lombaire, algies évoluant depuis 1952. Les examens paracliniques répétés n'ont pas apporté de données concluantes. Une laminectomie a été pratiquée en 1955 sur la 5e vertèbre lombaire, sans résultat.

De 1952 à 1957 d'innombrables consultations médicales et un apragmatisme progressif aggravé ont conduit M. P..... à la ruine matérielle et à l'isolement affectif et social. M. P..... décrit longuement ses malaises et ses déboires avec l'appui du riche vocabulaire clinique qu'il doit à une fréquentation assidue du corps médical. Le ton est dramatique et la mimique excessive. Le diagnostic est ainsi apporté par le malade : "Je souffre de trois points organiques vertébraux : arthrose cervicale, fracture de D₆ due à un choc au cardiazol, et séquelles d'une intervention sur la cinquième vertèbre lombaire. Mes douleurs sont atroces, permanentes, toujours plus violentes. Je suis atteint, de plus, de psychasthénie totale et de névrose d'angoisse totale".

M. P..... a fait une chute de ski en janvier 1951 et a souffert quelques jours de la région lombaire. Tout est ensuite rentré dans l'ordre. En janvier 1952 au cours d'exercices de gymnastique, la douleur réapparaît et s'accompagne d'une névralgie sciatique droite. Les radiographies montrent un pincement du disque L5-S1, des traitements médicaux sont prescrits, puis des injections épidurales de novocaïne. Un médecin fait des séances de manipulations vertébrales, également sans résultat. Un autre médecin conseille une intervention chirurgicale : "J'ai eu peur, je ne me suis pas décidé. Je suivis alors des traitements de tractions, élongations, infra-rouges,

massages, manipulations de déblocage". Une légère amélioration est notée. Un lombostat est ensuite conseillé mais, dit le sujet, "je ne pus l'endurer plus d'une journée. J'abandonnai ces traitements et j'allai voir un médecin ostéopathe qui diagnostiqua rétrolisthésie, bassin basculé, sacrum basculé. Il pratique des manipulations violentes, débloque toutes les articulations, fait craquer les vertèbres cervicales et les doigts au rythme de deux à trois séances par semaine". Quelque peu soulagé, mais insuffisamment encore, le sujet court vers d'autres consultations, d'autres traitements : "Piqûres destinées à calmer l'inflammation des racines, Bénerva, Thiodérazine, Phénylbutazone, rayons, ultra-sons, ondes courtes, ionisations calciques, lomboplastaires et cérébro-médullaires, gymnastique rééducative, pendaison par le menton sur la planche inclinée, exercices d'extension à la barre". Il porte successivement une douzaine de corsets mais guère plus d'une journée chacun. De 1952 à 1955, M. P... a pu voir ainsi "tous les spécialistes de la colonne vertébrale, presque tous les rhumatologues et les neuro-chirurgiens". Il consulte à Paris et en province. Il est prêt à nous décrire le détail de chacune de ces innombrables tentatives, sa mémoire a fixé les termes et les gestes médicaux les plus variés.

Les complications psychiatriques occupent bientôt la scène :

"Mon psychisme en a pris un coup ; peu à peu se greffa sur mon état organique vertébral une psychose d'angoisse. Je laissai alors tomber ma profession. Je vis des psychiatres qui me soumirent à des traitements calmants". Il suit deux cures à Divonne. En mars 1955, M. P... se rend chez sa soeur en province et il trouve près d'elle plus de compréhension qu'à son foyer. Un service de neurochirurgie existe dans la ville. M.P... y sera bientôt hospitalisé. Le médecin estime d'ailleurs un traitement psychiatrique plus justifié qu'une intervention, et, dans le service spécialisé où il est admis, M. P... est soumis à quelques séances d'insuline à doses modérées et à deux chocs cardiazoliques. Ce traitement doit être interrompu, un tassement du corps de la 6e vertèbre dorsale ayant été constaté. Cette altération vertébrale se releva sans suite sérieuse, mais ajouta aux certitudes nosophobiques du sujet. Il revint à Paris pour obtenir un traitement par injection de venin de cobra, puis cinq séances d'acupuncture sur l'abdomen et la région lombaire. Il va voir un chirurgien qui pense l'intervention possible et pratique une laminectomie. Pendant deux mois M. P... entreprend une

rééducation musculaire. Il peut enfin reprendre un travail de bureau. Ceci ne dure qu'un mois et, dit-il, "à l'occasion de quelques mouvements de flexion latérale qui m'étaient conseillés, je ressentis une violente douleur au niveau de la cicatrice. Depuis lors, je souffre exactement comme avant l'opération. J'ai le sentiment que ce jour là je me suis fait une nouvelle entorse, un nouveau pincement, une nouvelle hernie discale, car je souffre sans cesse de ce point lombaire, et d'une terrible contracture tout le long de la colonne vertébrale."

D'octobre 1955 à juin 1957, le rythme précipité des consultations, traitements et hospitalisations se maintient. M. P... est hospitalisé à Nice, Strasbourg, Lyon, Paris. Des thérapeutiques majeures lui sont proposées et il cite : "lobotomie, toprectomie, infiltrations novocaïniques des lobes frontaux", mais il refuse. Il repousse également l'hypnose. Il accepte par contre l'aide de divers "radiesthésistes, guérisseurs ou sorciers". Il se soumet à cinq séances de réflexiothérapie nasale. Il est hospitalisé et immobilisé trois mois entiers dans une coquille plâtrée en un Centre héliο-marin. Une cure de sommeil entreprise ensuite, doit être interrompue au bout d'une dizaine de jours, en raison de la recrudescence de l'angoisse. Seul un traitement de subnarcoses barbituriques apporte un soulagement intermittent et temporaire.

L'examen pratiqué dans le service en juin 1957 montre une tension permanente et diffuse des muscles paravertébraux et la cicatrice de l'intervention lombaire. Il existe par ailleurs une contracture extrapyramidale au niveau du membre supérieur gauche, élément parkinsonien qui semble s'être constitué à bas bruit récemment et qui n'évoluera que peu pendant les années suivantes. Les radiographies révèlent des signes d'arthrose cervicale banale, un tassement modéré du corps de D6, une diminution de hauteur du disque L5-S1. L'angoisse domine le tableau. Les craintes nosophobiques s'allient aux cénesthopathies. Le sommeil est difficile, aucune position n'est longtemps tolérée, la clinophilie diurne accompagne l'apragmatisme et l'agitation anxieuse. L'angoisse atteint parfois des paroxysmes, tels ceux qui font se précipiter M. P... vers le plus proche médecin ou vers une nouvelle hospitalisation.

L'étude du curriculum vitae apporte des éléments d'ordre psycho-affectif d'un intérêt majeur. Les faits essentiels en seront soulignés. M. P... a perdu son père à l'âge de 12 ans. Il trace le portrait d'un homme

déjà âgé, affectueux, la plupart du temps maintenu au lit par la maladie. M. P... a appris plus tard que son père aurait été morphinomane et ce fait lui a laissé le sentiment d'une hérédité morbide. Un frère aîné d'une quinzaine d'années plus âgé, était médecin. Il disparut pendant la Grande Guerre. M. P... se souvient encore de la conversation de ces deux proches, la médecine tenait une place importante dans leurs propos. L'adolescence du sujet fut entourée des soins d'une mère et d'une soeur plus âgée de quatre ans, fort attentives toutes deux aux problèmes de santé. M. P... surveilla longtemps quant à lui, les difficultés de son transit colique et suivit divers régimes. Le développement psychosexuel aboutit à une homosexualité, exclusive jusqu'à 30 ans, âge auquel M. P... se marie sans toutefois abandonner le goût des liaisons homosexuelles transitoires. Ces liaisons l'entraînent parfois à négliger sa vie familiale et professionnelle et M. P.... évoque avec satisfaction de brèves mais agréables aventures, vécues bien loin des médiocres soucis quotidiens. Sa situation, au début assez brillante devait souffrir de cette attention négligente. Sa femme, tout d'abord sa collaboratrice, le supplante peu à peu dans les tâches éducatives et l'attachement de ses enfants, puis tend même à éclipser sa réputation professionnelle. Lorsque le syndrome lombalgique s'installe, M. P... se trouve déjà en compétition avec elle. Le développement incoercible de ses troubles loin de déterminer un changement, peut-être espéré, de cette attitude, va accroître les réactions de défense de l'épouse et son indépendance. Elle se lasse vite face à un malade si peu discipliné, qu'elle accuse déjà d'égoïsme et de manque de maturité affective, et qui menace d'entraîner les siens dans la ruine matérielle et morale.

Dans le déterminisme des troubles et dans leur évolutivité on peut ainsi noter le rôle indiscutable de la conjonction d'une épreuve somatique pénible d'une part, et d'autre part de l'accroissement progressif de la difficulté des tâches affectives, familiales et sociales. Le retentissement grave de ces faits révèle le défaut de ressources énergétiques de notre sujet. La propension nosophobique, le facile débordement d'une imagination anxieuse, feront perdre à M. P... toute sagesse et toute patience face aux médecins et aux thérapeutiques qu'il choisit, délaisse, retrouve et abandonne à nouveau, en toute hâte, sensible seulement à l'excitation de l'espoir nouveau, mais toujours trop anxieux pour patienter jusqu'au résultat ou trop exigeant. Le masochisme se tempère

d'une certaine pusillanimité, mais finalement l'agitation et le théâtralisme anxieux conduisent M. P... à cette multitude de tentatives inefficaces. Au stade ultime où on le prend en charge, on doit reconnaître le bien-fondé d'une part de ses plaintes physiques et de son désarroi angoissé. Celles-là peuvent trouver, dans une certaine mesure, leur origine dans les manipulations innombrables chirurgicales, médicales ou paramédicales, auxquelles le rachis de M. P... a été soumis. Le désarroi affectif, de son côté, trouve au moins quelque substance dans la perte de ses aptitudes et de sa situation professionnelle, la séparation d'avec les siens, la précarité de son existence matérielle.

La présence d'un élément parkinsonien, dans ce tableau clinique déjà complexe, mérite réflexion. On connaît, en effet, le retentissement habituel de cette affection sur l'état psychique et la fréquence des syndromes dépressifs chez les sujets qui en sont atteints. Sans rejeter absolument l'hypothèse du rôle de ce facteur dans la sémiologie hypochondriaque et dans l'état psychique de M. P..., nous pensons qu'il doit lui être attribué une place seulement secondaire dans l'évolution générale du cas présenté. Plusieurs faits légitiment cette opinion. C'est tout d'abord l'apparition tardive de ce syndrome parkinsonien, dont la sémiologie initiale et assez modeste ne fut objectivée qu'à notre examen de 1957. Il faut également rappeler que durant 5 années, M.P... fut l'objet de nombreux examens et de soins neurologiques et que nul syndrome neurologique ne fut observé. Les thérapeutiques antiparkinsoniennes que nous fûmes amenés à introduire dans le cas de M. P... rendirent au sujet une meilleure utilisation de son membre supérieur gauche - le malade est gaucher - mais n'influencèrent ni les lombalgies ni l'état dépressif.

Le traitement de l'état neuro-psychiatrique de M. P... réclamait une prise en charge globale, trois interventions devaient être assurées et maintenues simultanément. La première visait à un contrôle rigoureux des consultations médicales faites à l'insu des médecins traitants. Cette règle fut en grande partie respectée durant trois ans non sans objurgations réitérées et impératives, ni sans quelques inévitables infidélités. Ces consultations prises en dehors du service, au contact duquel on cherchait à maintenir M. P..., étaient d'ailleurs suivies de déceptions faciles à prévoir. A deux ou trois reprises, elles nous furent signalées par d'obli-

geants et perspicaces confrères. Certains avaient déjà constaté la vanité des tentatives non franchement psychosomatiques chez notre sujet connu en tous lieux.

Il fallait sans aucun doute joindre à l'autorité garante de la fidélité, certaines gratifications psychologiques, à même d'une part de créer et de maintenir un lien humain favorable et d'autre part, de permettre la prescription et la prise régulière de médicaments psychotropes. Telles furent les interventions complémentaires étroitement intriquées dans l'abord de ce cas.

Une prise de contact au moins hebdomadaire est maintenue durant la première année. Puis ces consultations seront peu à peu espacées en un rythme mensuel. L'intervention du service social permet le maintien des droits et des prestations de la Sécurité Sociale. Le principe d'une occupation professionnelle, même mineure, mais régulière est imposé à ce sujet dont la clinophilie aggrave les tendances asthéniques et les moroses douleurs. M. P... occupe tout d'abord un poste de bureaucrate puis, celui-ci s'étant révélé au-dessus de ses possibilités, il trouve de lui-même une situation auxiliaire dans une galerie de tableaux, renouant ainsi avec des goûts anciens pour l'art pictural. Il conserve encore aujourd'hui cette place après quelques aléas.

Les thérapeutiques psychopharmacologiques antérieurement appliquées utilisaient surtout les neuroleptiques. Mais ces tentatives d'apaisement de l'anxiété et des angoisses déterminaient une aggravation simultanée de l'asthénie et de l'apragmatisme. Cet élément asthénique paraissant l'emporter de beaucoup dans la symptomatologie, il parut bon de recourir à l'emploi durable de substances psycho-analeptiques. Il en fut essayé plusieurs avec des résultats inégaux. Aucune ne détermina cependant une aggravation de l'anxiété, aucune ne parut gêner l'effort de réadaptation sociale, au contraire, l'une d'entre elles, l'Iproniazide, joua un rôle majeur dans la franche amélioration finale de l'état du malade.

Dans une première étape, une cure d'Imipramine, à la dose quotidienne de 75 mg pendant une durée de 3 à 4 mois, n'apporte pas de résultats notables sur les plaintes hypochondriaques et les phantasmes nosophobiques, mais cependant elle favorise les premiers efforts professionnels du sujet. L'Iproniazide est ensuite prescrite à la dose de 100 à 150 mg pro die. Le résultat est spectaculaire, l'humeur se trouve transformée et pendant les

trois mois que durera cette cure, M. P.... se révélera satisfait, actif, retrouvera un bon sommeil et un appétit notable, un certain allant physique. Durant l'hiver 1958-1959 l'Imipramine est à nouveau utilisée jusqu'en mai 1959 à la dose de 100 mg en moyenne. Le résultat n'est pas très satisfaisant. M. P... retrouve ses douleurs, ses préoccupations morbides, son asthénie et son sentiment de désarroi. Une autre substance psycho-analeptique est utilisée, le Marplan à la dose de 3 comprimés pendant un mois. L'effet n'est pas meilleur. On juge alors sage d'employer à nouveau l'Iproniazide à la dose de 100 à 150 mg avec un nouveau et durable succès.

La prise régulière de ces médications psycho-analeptiques fut facilitée par l'attitude de "direction" et par le soutien social évoqué plus haut. La confiance fut, elle aussi, gagnée peu à peu grâce à la régularité des contacts hospitaliers et des entretiens amicaux, au réconfort des examens médicaux répétés et rassurants. Au cours de cet effort psychothérapeutique on insiste sur les petites victoires quotidiennes remportées contre l'asthénie, on analyse et oriente les facteurs d'une meilleure hygiène de vie, et enfin on encourage le sujet à conserver des liens avec sa famille. Admettant à priori l'impossibilité d'une révision miraculeuse de la désorganisation affective et sociale trop évidemment définitive, on cherche surtout à en améliorer le confort par des mesures d'assistance concrètes, une attitude compréhensive, un retour aux satisfactions des actions sociales réussies. L'action de l'Iproniazide permet une dernière étape. M. P... participe quelques semaines durant aux activités du Laboratoire d'Art Psychopathologique du service (Professeur Agrégé VOLMAT). Puis ayant enrichi suffisamment à son gré un modeste talent de peintre amateur il s'engage dans une activité créatrice indépendante. Il éprouve ainsi pour la première fois depuis longtemps, des sentiments d'euphorie et de satisfaction.

C O N C L U S I O N

- Nous avons essayé, au cours de cette étude, d'individualiser, dans une perspective psychosomatique, un ensemble de manifestations algiques et fonctionnelles du rachis cervical et dorso-lombaire fréquemment observées dans la pratique rhumatologique.

- Nous avons prêté au terme "psychosomatique" le sens large d'une liaison étroite entre des manifestations algiques et fonctionnelles et une situation conflictuelle, un état psycho-affectif morbide ou des troubles psychonévrotiques décelés par un examen psychiatrique ou psychologique du malade.

- Nous avons montré que les algies rachidiennes observées dans une conjoncture psychosomatique sont des cénestopathies soit sans substrat lésionnel décelable et impossibles à rattacher à une volonté de simulation du malade, soit reconnaissant une épine irritative, et lui survivant sur le mode d'une cristallisation névrotique avec une intensité et un caractère de pérennisation illégitime.

- Nous avons tenté d'identifier les caractères sémiologiques permettant d'individualiser cette pathologie dans un cadre psychosomatique. Il s'agit d'un type particulier d'affection où le malade fixe massivement sa capacité de souffrance sur un symptôme qui mobilise la plus grande partie de son dynamisme psychique.

- Si dans la plupart des cas le contexte psychique permet d'établir un lien plus ou moins étroit entre la symptomatologie et une nosologie psychiatrique qui fait une place à part à l'hystérie de conversion, dans les autres cas il s'agit d'une structure défectueuse de la personnalité qui ne peut être appréciée que par une approche psychodynamique du malade permettant de se référer à une notion plus précise de psychosomatisme.

- L'interprétation de ces troubles nous semble susceptible de recherches dans le sens d'une convergence "multidisciplinaire" de considérations cliniques, psychologiques, psychophysiologiques et sociales, conférant à la médecine psychosomatique la spécificité unitaire d'un "dialogue entre biologisme et culturalisme".

- En conséquence, seule une approche thérapeutique véritablement globale sera efficace dans la plupart des cas et rend nécessaire, sous certaines modalités, une conjugaison des interventions psychothérapiques et chimiothérapiques à côté des procédés d'une rééducation psycho-fonctionnelle fondée sur une appréhension des schèmes psychodynamiques du malade.

Ainsi trop d'exams et de thérapeutiques inopportunes, beaucoup d'atermolements pourraient être évités avant qu'une organisation des troubles n'ait trop marqué la personnalité du malade dans leur pérennisation, voire dans leur irréversibilité.

B I B L I O G R A P H I E

=====

1°) BIBLIOGRAPHIE EN LANGUE FRANCAISE

- ALEXANDER : La médecine psychosomatique (trad. fr.)
- Michael BALINT : Le médecin, son malade et la maladie
(trad. fr.) PUF 1960.
- J. DELAY : Introduction à la médecine psychosomatique
(Masson 1961).
- R.R. GRINKER et F.P. ROBBIN : Clinique psychosomatique
(trad. fr. PUF, 1959).
- SEGUIN : Introduction à la médecine psychosomatique
(l'Arche 1951).
- J.H. SCHULTZ : Le training autogène (trad. fr.)
PUF 1948.
- WEIS et ENGLISH : Médecine psychosomatique (trad. fr.)

+

+

+

- Th. ALAJOUANINE et NICK : Semaine des Hôpitaux (1949)
- BERTAGNA : Les lombalgies cénestopathiques
Revue du praticien, 1958.
- J. DELAY, MARTY et WASSEEF : Amnésie traumatique, contrac-
ture lombaire avec scoliose durant depuis
9 ans ; guérison en une seule séance de narco-
analyse.
Annales med. psych. 1949.

.../...

- J. DELAY, HP. KLOTZ, P. PICHOT, F. WEIL et J. PERSE :
Tétanie et Hystérie.
L'Encéphale 1961, n° 5.
- J. GOSSET : La récupération fonctionnelle des traumatisés, problèmes psychosomatiques.
Feuilletts du Praticien, 1953, n° 121.
- J. GOSSET : Le chirurgien devant les problèmes psychosomatiques.
Semaine des Hôpitaux, 8 Juin 1961.
- F. LAYANI, L. DURUPT, J. FARGE : Les algies vertébrales psychosomatiques.
Semaine des Hôpitaux, n° 47 ; 12 octobre 1959.
- F. LAYANI, L. DURUPT, J. FARGE : Les rhumatismes psychosomatiques vertébraux.
Maroc Médical : Oct. Nov. 1959 ; 413 et 414.
- F. MARTY et FAIN : Contribution à l'étude des rachialgies par l'étude psychosomatique des malades.
Evolution psych. 1952. I.
- PADOVANI et BACHET : Les douleurs du dos d'origine psychique. Revue de chirurgie orthopédique
1951 ; 5.
- P. PICHOT : Les névroses.
Bulletin de psychologie, 1961.
- J. ROTES QUEROL, P. BERNAT GUSPI et A. CODINE PUIGGROS :
Etude sur les syndromes de l'appareil locomoteur d'origine psychique ; le syndrome dit de Barré-Liou.
Revue du Rhumatisme XXVII, 196 ; 1960 ; 6.
- LA REVUE DU PRATICIEN : Les douleurs rachidiennes,
XI, 25 décembre 1961 (N° spécial).

+

+

+

REVUE DE MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

- BERGOUGNAN et DEMANGEAT : Les lombalgies, perspectives psychosomatiques. II, 3 ; 1960 ; pp. 71-76.

.../...

- J. DELAY, P. DENIKER et J.C. BENOIT : Evolution psychosomatique d'une lombalgie : III, 2, Avril-Mai-Juin 1961, pp. 31-35.
- R. GIARD : Les troubles somatiques allégués dans les déficiences génitales masculines. III, 2 ; 1961.
- R. HELD : Psychopharmacologie et psychothérapie en médecine psychosomatique. III, 3 ; 1961 : pp. 29-35.
- R. HELD : L'interrogatoire psychosomatique. I, 4 ; 1959 ; pp. 305-327.
- JACOBSON : Les principes soulignant les méthodes de relaxation scientifique. IV, 4 ; 1961 ; pp. 49-54.
- PADOVANI : Les algies rachidiennes post-traumatiques I, 3 ; Juillet-Septembre 1959.
- SAPIR, CHERTOK, SA SHENTOUB, Ch. BRISSSET : Aspect psychosomatique d'une algie cervico-brachiale ; essai d'interprétation et de traitement. I, 4 ; 1959.
- WITKOVER : Vingt ans de médecine psychosomatique en Amérique du Nord. III, 2 ; pp. 61-70.

+

+

+

- J. de AJURIAGUERRA et R. ANGELERGUES : De la psychomotricité du corps dans la relation avec autrui (A propos de l'oeuvre d'H. WALLON) Evolution psych. XXVII, 1 ; 1962.

H. GASTAUD : Le Rhinencéphale
II . Physiologie et Physiopathologie
(Masson 1961)

HECAEN : La notion de schéma corporel et ses applications en psychiatrie.
Evolution psych. II, 1948.

MIRA Y LOPEZ : Le psycho-diagnostic myokinétique
CPA 1951.

.../...

- PARCHEMINEY : La problématique du psychosomatisme.
Revue Franç. de psychanalyse, 1948, n° 2,
pp. 223-249.
- H. WALLON : Image visuelle de l'enfant et kinesthésie du
corps propre.
Bulletin de psychologie VII, 5.
- ZAZZO : Image du corps et conscience de soi.
Enfance 1948.

+

+ +

2°) BIBLIOGRAPHIE EN LANGUES ETRANGERES.

- AMSTER J.L. : Sphenopalatine ganglion block for the relief
of painful and muscular spasm with special
reference to lumbo sacral pain. New York
State. J. Med. 48 : 2475 , 1948.
- F. ANTONELLI : La nevrosa rumastica residua
Med. Psicomatica 1958, III ; pp. 198-208.
- BOLAND E.W. : Psychogenic rhumatisme : the musculo sque-
lettal oppression of psycho-neurosis.
Ann. Rheumat. Dis. 6 : 195 ; 1947.
- BOLAND EW and CORR W.P. : Psychogenic rheumatism
J.A.M.A. 123 : 805 ; 1943.
- BROWDER J. : Pain in the lumbosacral region
Bull. New-York Acad. Med. 25 : 434 ; 1949.
- DEUTSCH F. : Analysis of postural behavior.
Psychoanalyt. Quart. 16 : 195 ; 1945.
- DUNBAR F. Psychosomatic diagnosis. Hoeber ed. New-York.
- FETTERMANN JL. : Vertebral neurosis
Psychosomatic Med. 2 : 265 ; 1940.
- FINESINGER JE. and REUSCH J. : Life structures, Emotions
and psychiatric patients.
Arch.Neur. and Psych. 50 : 439 ; 1943.
- GRINKER RR. : Brief psychotherapy in psychosomatic pro-
blems.
Psychosom. Med. 9 : 98 ; 1947.

.../...

- HALLIDAY JL : The concept of psychosomatic rheumatism
Ann. Int. Med. 15 : 666 ; 1941
- HENCH P.S. : Differenciati~~on~~ between "psychogenic rheu-
matism" and true rheumatic disease.
Post grad. Med. (in collect papers Mayo
Clinic and Mayo found) 39 : 506 ; 1948.
- HOLMES TH. and WOLF HG : Personnal~~ity~~ity, Emotions, and
Backache Psychosom. Med. 9 : 90 ; 1947.
- HOWORTH B. : Dynamic posture :
J.A.M.A. 131 : 1938 ; 1946.
- LUCK JV. : Low back pain.
J. Indiana M.A. 37 : 452 ; 1944.
- MOLONEY : The effort syndrome and low back pain
J. Nerv and Meut dis. 108 : 10, 1948.
- PAULETT J. D. : Low back pain.
Lancet 2 : 272 ; 1947.
- PRICE JP and alt. : Studies in low backache with persistant
musclespasm
ARCH. PHYS. Med. 29 : 703 ; 1948.
- SANDLER S.A. : Camptocormia : an functional condition of
the back in neurotic soldiers.
WAR. Med. 8 : 36 (1945).
- SARGENT : Psychosomatic backaghe - New-England
J. Med. 234 : 427, (1946).
- SAUL L.J. : An clinical note on a mechanism of psycho-
genic back pain. Psychosom. Med. 3 :190
(1941).
- SHANDS AR. : An analysis of the more important ortho-
pedic information etc. Surgery 16 : 509
(1944).
- SOLOMON A.P. : Low back pain : the psychosomatic view
point : Ind. Med. 18 : 6, 1949.
- SOLOMON A.P. : Rehabilitation : opportunities for psy-
chotherapy in physical therapy. Occup.
therapy 22 : 286 (1943).

STIMPSON E.B. : The low back problem.
Psychosom. Med. 9 : 210, 1947

WILSON G.W. : The transition from organ neurosis to
conversion hysteria : Internat. J. Psycho-
analysis 19 : 1, 1958 - (reproduit dans
Alexander et French).

VU le Doyen :

--
L. BINET

VU le Président de thèse :

--
J. DELAY

VU et PERMIS D'IMPRIMER

le Recteur
de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

